

DE

N° 37

LA PÉRICOLITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Avril 1892

PAR

Louis GACHON

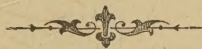
Né à Montpellier, le 17 octobre 1866

EXTERNE DES HOPITAUX (concours 1888)

MEMBRE DE LA MISSION MÉDICALE DE BOURG-MADAME

MÉDAILLE D'ARGENT (épidémie cholérique d'Espagne 1890)

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Place de la Mairie, ancienne Faculté des Sciences

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Pathologie interne (Ch. du c.).	SARDA.
Doyen honoraire : M. BENOÎT (O. * * *).	
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * * C. *).	

Chargés de Cours complémentaires

Histologie.	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	REGIMBEAU (*)
Pathologie externe.	ESTOR.

Agrégés en exercice

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU (*)	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. GOT, secrétaire.

F.-J. BLAISE, secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL, président.	MM. SERRE, agrégé.
ESTOR, agrégé.	SARDA, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES GRAND'MÈRES

A MA MÈRE

A MON PÈRE .

Monsieur le Pasteur GACHON

PRÉSIDENT DU CONSISTOIRE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON FRÈRE

Monsieur Maurice GACHON

AVOCAT A LA COUR D'APPEL DE MONTPELLIER

A MA FAMILLE

L. GACHON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur DUBRUEIL

L. GACHON.

A M. le Doyen MAIRET

A MON MAITRE

M. le Professeur CARRIEU

A M. le Professeur-agrégé ESTOR

A M. le Docteur Richard GORDON

BIBLIOTHÉCAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. GACHON.

A MON EXCELLENT AMI

Le Docteur Paul BOUQUET

AMICIS

L. GACHON.

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous a été donnée par M. le professeur Dubrueil. C'est dans le service de notre Maître que nous avons eu l'occasion de suivre deux cas de péricolite, dont l'étude va faire aujourd'hui l'objet de notre Thèse inaugurale. Nous avons été d'autant plus heureux de pouvoir publier ces deux observations, que pendant les recherches consciencieuses que nous avons entreprises, nous nous sommes bien vite aperçu combien cette question de pathologie abdominale avait été négligée par les différents auteurs. Nous avons donc pensé qu'il serait utile et intéressant de faire une étude complète de la péricolite, trop souvent confondue avec la pérityphlite.

Comme notre travail se trouve basé sur nos observations, nous commencerons par donner ces dernières, et nous publierons successivement deux observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Dubrueil, et trois observations de Windscheid, de Leipzig, qui nous ont été communiquées et traduites par notre excellent ami M. Étienne de Rouville. Nous diviserons ensuite notre travail de la façon suivante :

Dans le premier chapitre, nous ferons l'étiologie de cette affection ;

L'anatomie pathologique fera l'objet du second chapitre ;

Dans le chapitre III, nous étudierons la symptomatologie ;

Le diagnostic, le pronostic et le traitement formeront les trois derniers chapitres de cette étude ;

Enfin, nous établirons nos conclusions.

Mais avant de quitter les bancs de cette École, il est de notre devoir d'acquitter envers nos Maîtres une dette de bien juste reconnaissance.

Notre maître, M. le professeur Carrieu, dont la bienveillante sympathie nous a accompagné pendant toute la durée de nos études médicales, voudra bien recevoir ici l'hommage de tous nos sincères remerciements.

Nous n'oublierons jamais le bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé auprès de nos maîtres MM. Tédénat et Forgue.

M. le professeur-agrégé Estor, dont les savantes leçons et les conseils éclairés nous ont été si précieux pendant la composition de notre Thèse, voudra bien agréer l'expression de nos plus vifs sentiments de gratitude et d'inaltérable dévouement.

Que notre excellent maître, M. le professeur Dubrueil, soit assuré de toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner pendant nos années d'externat, pour avoir bien voulu nous communiquer ses observations et nous autoriser à les publier ; enfin, pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre Thèse.

DE

LA PÉRICOLITE

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Péricolite suppurée. — Incision au niveau de la région lombaire. —
Contre-ouverture à la crête iliaque. — Drainage. — Mort

Emilie P..., 22 ans, domestique, entre le 30 octobre 1891 à l'Hôpital Saint-Eloi Suburbain, dans la salle Jean-Louis Petit, n° 7, service de M. le professeur Dubrueil.

Antécédents héréditaires et personnels. — La malade a toujours eu une bonne santé. Elle est robuste, active, faisant très bien son service de domestique : elle avait cependant depuis longtemps, nous a-t-on assuré, un appétit fort inégal et des digestions fort difficiles. A noter, depuis deux mois environ, l'apparition d'une diarrhée intermittente, survenant sans cause appréciable, disparaissant sans traitement et ne s'accompagnant pas de douleurs abdominales.

Début. — Il y a quinze jours, ayant fait, à onze heures du matin, un repas copieux, la malade éprouva, trois heures après, une douleur sourde, au niveau de la fosse iliaque droite ; en même temps apparut une diarrhée assez abondante. Dans la journée, la malade vomit une seule fois, mais en grande quantité. Le soir, la douleur devint vive, continuelle, et fit passer une nuit agitée à la patiente. On fit des applications d'onguent napolitain ; on administra un purgatif huileux à trois reprises, et on prescrivit le régime lacté.

L'état reste stationnaire pendant dix jours : la fièvre oscille entre 37°9-38°5. La diarrhée persiste et la douleur est toujours la même, vive, continuelle, sans irradiations ; les mouvements des membres ne l'augmentent pas. Il n'y a pas eu de vomissements.

Il y a quatre jours, la malade s'est plaint d'une nouvelle douleur, siégeant au niveau de la région lombaire droite. Cette douleur, très vive, s'est rapidement accompagnée de tuméfaction et a augmenté d'intensité, au point de laisser tout à fait au second plan la douleur de la fosse iliaque. La fièvre est très forte ; la température est à 39°2-39°6 ; le pouls à 124. La malade entre à l'hôpital le 30 octobre 1891.

Etat à l'entrée. — La fosse iliaque droite présente un aspect normal ; la peau est saine, souple, sans rougeur, sans tuméfaction.

La région lombaire droite est le siège d'une tuméfaction très nette ; à ce niveau existent de l'œdème et de la rougeur de la peau. A la palpation et à l'auscultation on constate de la crépitation gazeuse. Temp., 38°6. Pouls, 112. Langue humide ; pas de vomissements.

Vendredi 30 octobre. — Le matin, à la visite, M. le professeur Dubrueil fait, au milieu de la région lombaire droite, au point culminant de l'abcès, une incision longitudinale de 7 à

8 centimètres, perpendiculaire à la crête iliaque. Il sort une très grande quantité de pus à odeur fécale très prononcée ; en même temps il s'échappe de ce foyer des bulles de gaz.

On place un double drain, on fait un lavage à l'eau boriquée tiède pendant 4 à 6 minutes jusqu'au moment où l'eau ressort absolument nette. On panse à l'iodoforme, gaze iodoformée etc. ; on prescrit une potion au borate de soude (2 gr.) et l'on continue le régime lacté.

31 octobre. — Température, 37°-38,8. Pouls 112. La nuit a été meilleure que les précédentes, la malade a pu reposer, les traits sont moins fatigués ; la langue est humide. Il n'y a pas eu de selles depuis hier ; pas de céphalalgie.

Nouveau lavage à l'eau boriquée. Il sort encore une grande quantité de pus toujours à odeur fécale ; drainage, pansement à l'iodoforme.

1^{er} novembre. — Température, 39,7-39,9. Pouls 132. A la visite, la malade se plaint beaucoup, principalement de maux de tête très violents ; la langue est sèche. Pendant toute la nuit de petits frissons alternant avec des bouffées de chaleur, l'ont tenue réveillée ; pas de vomissements mais diarrhée très abondante. Nouveau lavage à l'eau boriquée, il sort très peu de pus. La paroi abdominale antérieure n'est pas douloureuse, sauf au niveau de la fosse iliaque droite.

2 Novembre. — Température, 40,2-39,5. Pouls 120. Mauvaise nuit, la langue est sèche, la diarrhée continue toujours très abondante. Pendant toute la nuit, la malade a eu des vomissements alimentaires et bilieux, avec de petits frissons qui ont recommencé la veille, vers les quatre heures du soir.

Le pansement est peu souillé, car il s'écoule de la plaie très peu de pus, mais un pus épais, à odeur fécale toujours très prononcée. M. le professeur Dubrueil introduit tour à tour dans la cavité une sonde de femme, puis une sonde d'homme et pratique un lavage soigné de la région à l'eau boriquée

chaude. Les bords de la plaie et jusqu'à une certaine distance la profondeur de celle-ci sont recouverts de tissus sphacelés qui sont facilement enlevés avec la pince et les ciseaux. On draine comme les jours précédents, et l'on panse à la poudre d'aristol ; on donne à l'intérieur :

Naphtol.	} à 2 grammes.
Salicylate de bismuth . . .	
Extrait gom. d'opium . . .	

en 5 cachets : un cachet toutes les deux heures.

Le soir à la contre-visite, on fait un nouveau lavage boricé. On draine ; pansement à l'aristol. Les vomissements ont continué depuis le matin, ainsi que la diarrhée.

Mardi 3 novembre. — Température, 40,2-39,5. Pouls, 132. La nuit a été très mauvaise ; aussi, à la visite, trouve-t-on la malade plus fatiguée. La langue est toujours sèche. Pendant la nuit, la malade a eu 2 selles liquides abondantes. Elle n'a pas vomi cette nuit, mais seulement deux fois ce matin, après avoir pris du lait froid. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. Le pansement est rempli de pus, qui a transsudé et a souillé tout le lit.

On essaie de faire un lavage ; mais, à cause de la grande quantité de pus qui s'écoule de la région lombaire, ce lavage, même à l'aide d'une longue sonde métallique, est insuffisant.

Après anesthésie à l'éther, M. Dubrueil fait une incision de 4 à 5 centimètres, un peu au-dessus de la partie moyenne de la crête iliaque et parallèle à cette crête. Le tissu graisseux est très abondant. On tord quelques artérioles.

A l'aide d'une grosse sonde métallique introduite par la plaie lombaire et sortant par la nouvelle plaie opératoire, on fait passer un gros drain, dont on réunit en anse les deux chefs. On fait un lavage de 5 minutes environ, avec une solution chaude

de Van Swieten dédoublée. Pansement à l'aristol. Même traitement général. Cachets *ut supra*.

M. le chef de clinique Lasalle fait un examen complet et minutieux de l'urine, qui ne donne rien de particulier. Il n'y a absolument pas d'*albumine*, de *cylindres* ni de *pus*.

4 novembre. — Température, 39,6-39,2. Pouls, 140 (régulier). Respiration, 28.

La malade est toujours très fatiguée ; l'amaigrissement augmente tous les jours. La langue est rôtie, les nârines pulvéru-lentes. On examine attentivement la poitrine ; on ne trouve ni congestion, ni pleurésie. Depuis hier matin, la malade a eu 7 selles liquides très abondantes, un seul vomissement, mais des nausées continuelles.

La paroi abdominale antérieure n'est pas douloureuse à la pression.

On fait un lavage à la liqueur de Van Swieten dédoublée ; on panse à l'aristol, etc. La plaie lombaire présente des lam-beaux de tissu sphacélé que l'on détache facilement. On donne :

1° Potion de Todd.

2° Salicylate de bismuth,	} à 2 grammes.
Naphtol.	

En 5 cachets.

5 novembre. — Température, 39,4-38,6. Pouls, 120.

La malade est très faible : elle ne prend à peu près rien comme aliments ; c'est à grand'peine qu'on arrive à lui donner deux bols de lait et la potion de Todd. Les cachets prescrits n'ont pu être avalés ; aussi, pendant la journée et durant toute la nuit, la malade a-t-elle eu une diarrhée très abondante. Pas de vomissements, mais des nausées à peu près continuelles et très pénibles. La langue se dépouille de sa muqueuse ; il n'y a pas de muguet dans la bouche. L'intelligence est conservée, la patiente reconnaissant tout le monde, causant même ; cepen-

dant ce matin, une heure avant la visite, elle a eu pour la première fois une légère syncope.

Pas de douleurs à la pression de l'abdomen, pas d'irradiations dans les membres inférieurs.

Pansement. — Il sort peu de pus des deux plaies, mais c'est toujours la plaie lombaire qui en donne davantage. Il sort de cette plaie des débris de tissus sphacelés à odeur fétide. La plaie située au niveau de la crête iliaque est pâle, sans aucune tendance à bourgeonner.

On supprime les cachets qui ne peuvent être pris et on donne une potion à l'acétate d'ammoniaque (4 gr.)

6 novembre. — Température, 38,2-38,2. Pouls, 108.

Même état. La malade ne se plaint plus, cependant elle ne se nourrit pas ; à peine a-t-elle pu prendre quelques cuillerées de lait. L'intelligence est beaucoup moins nette qu'hier. La diarrhée a diminué ; depuis 1 heure du matin elle n'a pas été à la selle. Elle a eu un seul vomissement ; les nausées sont devenues moins fréquentes.

Pansement. — On détache de la plaie lombaire des tissus sphacelés. En examinant avec un stylet le foyer lombaire, on constate un décollement se dirigeant en arrière, vers la colonne vertébrale. On introduit une sonde cannelée et l'on fait une contre-ouverture à la région postérieure, sur la même ligne que l'incision lombaire. On draine. Lavage antiseptique au sublimé.

7 novembre. — Température, 38,5-38,2. Pouls, 130.

La malade est très faible ; les traits sont très anxieux ; la langue est sèche. Elle est dans un état de prostration très marqué ; quelques faiblesses pendant la nuit. Depuis hier il n'y a pas eu de vomissements ni de diarrhée.

Pansement. — Il sort peu de pus des plaies, mais celle des lombes en donne toujours davantage. Le pus, qui est très épais, a une odeur fécale beaucoup plus prononcée que celui

des jours précédents. On fait un lavage à la liqueur de Van Swieten dédoublée.

8 novembre. — Température, 38° - 37° ,3. Pouls, 112. La malade ne répond plus aux questions posées, elle est plongée dans la stupeur. La langue est sèche, rôtie. Depuis hier matin les vomissements et la diarrhée ont recommencé. Pas d'escarres de décubitus.

Pansement. — En défaisant le pansement on est frappé de l'odeur infecte qui se dégage. Il sort toujours un peu de pus de la plaie de la crête iliaque et de la plaie postérieure. Mais de la plaie lombaire il s'écoule une énorme quantité de pus avec des *matières fécales*. On essaie de voir à quel niveau siège la perforation, mais il est impossible de s'en rendre compte ; on constate seulement un nouveau décollement s'étendant en haut vers les côtes. On détache de la plaie lombaire de vastes plaques de tissus mortifiés. On fait un lavage prolongé à la liqueur de Van Swieten dédoublée et l'on panse à l'iodoforme.

9 novembre. — Température 37° ,5- 37° ,2. Pouls, 140, très petit. Facies tiré. La malade est toujours dans la stupeur, la langue très sèche. Pendant la journée et la nuit, les vomissements et la diarrhée n'ont pas cessé. Deux faiblesses pendant la nuit.

Pansement. — On constate, comme la veille, un écoulement abondant de matières intestinales liquides par la plaie de la région lombaire ; les deux autres plaies donnent toujours un peu de pus. Lavage à la liqueur de Van Swieten.

10 novembre. — Température 37° ,7- 36° ,7. Pouls 136, très petit. La malade est dans le coma. Les vomissements et la diarrhée ont continué. Pas d'escarres.

Pansement. — Le pansement est toujours souillé de matières intestinales et de pus. Lavage à la liqueur de Van Swieten.

11 novembre. — Température, 36° ,7- 37° ,5. La malade meurt le matin avant la visite.

OBSERVATION II

(Inédite)

Péricolite suppurée. — Incision au niveau de la région lombaire. —
Contre-ouverture. — Drainage. — Guérison.

Jules Mel... 18 ans, journalier, entre le 17 Décembre 1891
à l'hôpital St-Éloi suburbain, salle Delpech, n° 17, service de
M. le professeur Dubrueil.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : rien de particulier ; le malade a
toujours été très robuste, jouissant d'une excellente santé ; les
selles ont toujours été régulières.

Début. — Il y a quarante jours, ayant fait un repas copieux,
le malade éprouva dans l'après-midi des phénomènes d'indi-
gestion se traduisant par des vomissements alimentaires et
bilieux avec une très forte diarrhée sans douleurs abdominales ;
au bout de deux ou trois jours, pendant qu'il travaillait aux
champs, le malade ressentit une douleur assez vive au niveau
de la fosse iliaque droite, qui l'obligea à abandonner ses occu-
pations et à s'aliter. Cette douleur était continue, augmen-
tant par la pression et s'irradiait à la partie interne de la cuisse
jusqu'au genou. Cet état se maintint le même pendant 17 jours.

Il y a vingt jours, le malade ressentit dans la nuit une
seconde douleur au niveau de la partie externe de la masse
sacro-lombaire du côté droit. Cette douleur était aussi conti-
nue avec des exacerbations sans régularité. — On fit appli-

quer des cataplasmes de farine de lin et des emplâtres de poix.

Trois jours après l'apparition de cette douleur, on constata une tuméfaction au niveau de la partie externe de la masse sacro-lombaire droite. Devant cette tumeur devenant de plus en plus douloureuse, augmentant progressivement de volume, devant cet état général s'aggravant de jour en jour, le médecin traitant se décida à faire entrer le malade à l'hôpital.

Depuis le début de la maladie, la fièvre s'est toujours montrée très forte, plus accentuée le soir, mais cependant sans frissons. Pendant les 40 jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, le malade se nourrissant à peine avait trois selles liquides quotidiennes, abondantes, quelques nausées pénibles, mais pas de vomissements.

ÉTAT A L'ENTRÉE: 1° *État local*. — Le ventre n'est pas ballonné. La fosse iliaque droite ne présente rien d'anormal. La palpation profonde, qui est toujours douloureuse, ne constate aucune trace d'empatement.

A la région lombaire droite on trouve une tumeur inflammatoire, du volume d'un poing, nettement fluctuante, présentant à la palpation et à la percussion de la crépitation gazeuze.

2° L'état général est grave; le malade, qui est très affaibli, est dans un état d'amaigrissement très prononcé, les traits sont tirés, le teint est jaune, la langue est humide. Pendant qu'on l'examine, le malade va en diarrhée, avec quelques nausées, mais sans vomissements. Le pouls donne 112 pulsations. La température est de 39,3.

18 décembre. — A la visite, M. le professeur Dubrueil fait, sur la partie culminante de l'abcès, une incision longitudinale de 7 centimètres environ, légèrement courbe à la partie inférieure. Il sort une très grande quantité de pus, à odeur fécaloïde, avec des bulles de gaz fétide. M. Dubrueil introduit un doigt dans la plaie opératoire et constate l'existence d'un décollement, s'étendant du côté de la colonne

vertébrale. On place un double drain ; on fait, pendant cinq minutes, un lavage à l'eau boriquée tiède, et l'on panse à l'iodoforme.

19 décembre. — Temp., 38,9-38. Pouls, 100. Nuit bonne ; le malade se trouve mieux ; la langue est humide. Il n'y a pas eu de selles depuis hier matin. On fait un examen complet des urines, qui ne donne rien de particulier.

Pansement. — Le pansement est souillé d'un pus épais à odeur fécale très prononcée. On fait alors à la partie supérieure de la fosse iliaque droite une contre-ouverture de 2 centimètres, qui ne donne que très peu de pus. On place un drain dans la nouvelle plaie. Lavage boriqué. Pansement des deux plaies à l'iodoforme.

20 décembre. — Temp., 38,2-37,3. Pouls, 100. La langue est humide ; pas de nausées, pas de vomissements. Une selle liquide cette nuit. Le ventre n'est pas douloureux, pas ballonné.

Pansement. — Il s'écoule peu de pus, qui a toujours une odeur caractéristique. On détache de la plaie lombaire des lambeaux de tissus sphacelés ; avec un stylet on constate toujours le décollement vers la colonne vertébrale. On fait un lavage prolongé à l'eau boriquée tiède, jusqu'à ce que l'eau ressorte propre par les drains.

21 décembre. — Temp., 38,5-37,1. Pouls 100. La langue est humide. Le malade a eu, dans la nuit, deux selles liquides abondantes, et une ce matin avant la visite. Pas de nausées, pas de vomissements.

Pansement. — Comme la veille, il s'écoule peu de pus des deux plaies ; mais ce pus, qui est plus épais que les jours précédents, a une odeur fécaloïde très prononcée.

22 décembre. — Temp., 38,1-37,2. Pouls, 96. La langue est bonne ; mais le malade qui se nourrit difficilement, ne prenant que quelques gorgées de lait, est dans un état extrême d'amaigrissement. Il n'a pas eu de vomissements ; pas de selles.

Pansement. — Toujours peu de pus ; lavage boriqué comme précédemment ; pansement à l'iodoforme.

23 décembre. — Temp., 38°-37°. Pouls, 88. Le malade a eu une selle liquide dans la nuit. Quelques douleurs de tête.

Pansement. — Comme il s'écoule très peu de pus, on se décide à enlever les drains. L'eau de lavage passe très bien d'une ouverture à l'autre.

24 décembre. — Temp. 37,4-36,9. Pouls, 112. La langue est humide, le ventre n'est pas ballonné. Quelques nausées ; mais pas de vomissements. Dans la nuit, le malade a eu deux selles liquides.

Pansement. — Peu de pus ; mais l'odeur fécaloïde est beaucoup plus accentuée que les jours précédents. Lavage à l'eau boriquée. Pansement à l'iodoforme.

25 décembre. — Temp., 37,6-36,6. Pouls, 100. La nuit a été un peu agitée, le malade ayant souffert dans la région lombaire. La langue est cependant humide. Pas de nausées ; pas de vomissements ; pas de selles.

Pansement. — On trouve le pansement souillé de *matières fécales*, qui sortent de la plaie lombaire en grande quantité. On fait un lavage prolongé à l'eau boriquée chaude. On draine.

26 décembre. — Température, 37,3-36,7. Pouls 102. Le malade a bien reposé dans la nuit, mais il est très faible. Il a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Pas de selles.

Pansement. — Le pansement est plein de matières fécales, avec un peu de pus ; la plaie de la fosse iliaque commence à bourgeonner. On lave pendant cinq minutes avec l'eau boriquée chaude et l'on panse à l'iodoforme.

27 décembre. — Température, 39,9-37,5. Pouls 100. La journée d'hier a été mauvaise, le malade ayant eu pendant deux heures de violents maux de tête. Pendant la nuit, le malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Pas de selles.

Pansement. — Le pansement est taché par des matières

fécales liquides. Toujours très peu de pus. Lavage boricué. Pansement à l'iodoforme.

28 décembre. — Temp. 37,8-38. Pouls 112. Quelques nausées ce matin avant la visite, mais pas de vomissements. Pas de selles.

Pansement. — Toujours des matières liquides dans le pansement. La plaie de la fosse iliaque qui se cicatrise ne donne que quelques gouttes de pus. Lavage boricué. Pansement iodoformé.

29 décembre. — Température, 37,5-37,2. Pouls 108. Le malade est très affaibli. Amaigrissement très prononcé. Toujours des nausées, mais pas de vomissements. Depuis hier, une diarrhée très abondante est apparue. La langue est sèche.

Pansement. — Peu de pus. Le pansement est taché par des matières liquides. Lavage boricué. Pansement à l'iodoforme.

30 décembre. — Température, 38,1-39,1. Pouls 120. La langue est bonne. Le malade a eu toujours quelques nausées sans vomissements, mais la diarrhée continue très abondante.

Pansement *ut supra*.

31 décembre. — Température 39°-38°. Pouls 112. La langue est humide, deux selles liquides seulement. Le ventre n'est pas ballonné, n'est pas douloureux à la pression.

Pansement. — Toujours des matières fécales avec un peu de pus.

1^{er} Janvier. — Température, 39,1-38,2. Pouls 96. Plus de nausées ; une seule selle liquide abondante.

2 janvier. — Température, 38,5-37,5. Pouls 112. Le malade n'a plus ni nausées, ni vomissements. Il a eu dans la nuit une selle liquide.

Pansement. — Le pansement contient peu de pus, mais il est toujours taché de matières fécales liquides. On fait un bon lavage antiseptique. Avec un bistouri boutonné on prolonge en bas l'incision lombaire ; une artériole pariétale est saisie

avec une pince et tordue. On peut alors explorer la profondeur de la plaie ; on aperçoit deux perforations grandes comme une pièce de 1 franc siégeant sur le côlon ascendant, séparées l'une de l'autre par un pont de tissu intestinal. Par ces perforations la face opposée de l'intestin vient faire hernie pendant les efforts volontaires. Pansement iodoformé.

3 janvier. — Température 37,8-36,5. Pouls 120 pulsat.

Une selle par l'anus naturel ; mais les matières continuent à passer par la plaie lombaire. Pansement.

4 janvier. — Température 37,5-38,6. Pouls 96. Une selle moulée par l'anus naturel.

A partir de ce moment on ne constate plus d'élévation de la température. Le malade, qui a fort bon appétit, reprend des forces de jour en jour. Les matières sortent à la fois par l'anus naturel et par l'anus artificiel. On ne fait plus de pansement occlusif de la plaie lombaire ; on se contente de laver antiseptiquement la région plusieurs fois par jour. La plaie de la fosse iliaque est fermée.

19 janvier. — Exploration nouvelle. Les perforations intestinales n'ont aucune tendance à se rétracter spontanément. On commence les attouchements au thermocautère, qui sont renouvelés 4 fois par mois.

15 avril. — L'état général du malade est excellent. La plaie cutanée n'a plus que 3 centimètres ; quant aux ulcérations intestinales, elles sont à peu près cicatrisées ; elles ne laissent passer seulement que quelques matières liquides lorsque le malade reste allongé pendant plusieurs heures.

OBSERVATION III

(Du docteur F. Windscheid, de Leipzig)

G..., restaurateur, 28 ans, entré à l'hôpital de Leipzig le 3 mai 1888, sorti le 30 mai 1888.

Le malade souffrait déjà depuis 1883 de constipation et de maux d'estomac. Vers la fin du mois d'avril 1888, il se plaignit tout à coup de fièvre, de maux de ventre et d'une constipation qui durait depuis 6 jours. Ces douleurs disparurent au bout de quelques jours, mais il se produisit un gonflement au côté droit du ventre, qui, lors de l'arrivée du malade à l'hôpital, avait déjà dû diminuer.

Etat à l'entrée. — Température, 39°. Pouls 100. Respiration 24. A l'examen, on trouve un abdomen normalement développé à droite un peu plus qu'à gauche. Vers le côlon ascendant au-dessus de l'épine iliaque droite, on constate une tumeur peu considérable, peu douloureuse à la pression, pas très bien limitée, qui monte jusqu'à la région des côtes. Le foie est normal, la rate est également normale, mais la pointe est vaguement sensible.

A l'auscultation, on trouve au sommet des deux poumons des râles humides, et à droite, en arrière et en bas, une région, large d'une main, d'*affaiblissement* de la respiration et de la voix.

L'examen de l'urine ne donne rien de particulier. Le diagnostic suivant fut porté : péricolite et tuberculose pulmonaire.

La température pendant les cinq premiers jours était le soir un peu supérieure à 39°. Les jours suivants jusqu'au 30 mai (jour de la sortie de l'hôpital), la température était inférieure à 38°, avec exception pour le soir, où elle s'élevait entre 38°3 et 38°7.

Le 12 mai, on constate une légère diminution de la tumeur, mais le 18, la tumeur se présente nettement sensible, bien limitée, peu douloureuse. Pendant tout le séjour à l'hôpital, on constate une constipation opiniâtre.

Le 30 mai, le malade quitte l'hôpital présentant toujours la tumeur du côté droit, tumeur presque identique à ce qu'elle était à l'entrée.

OBSERVATION IV

(Du docteur F. Windscheid, de Leipzig)

F. R..., ingénieur espagnol, 28 ans, entré le 8 mai, sorti le 11 juin 1888.

A reçu, en 1876, une blessure de pointe au flanc droit. Après avoir été en octobre 1887 dans un voyage de Buenos-Ayres à New-York, malade de diarrhée, il fut à la fin de mars 1888 près d'un évanouissement dans un restaurant de Prague et fut transporté dans l'hôpital de cette ville. A partir de ce moment, il souffrit de violentes douleurs au côté droit du ventre et d'une constipation très rebelle. Le 4 mai, il quitte l'hôpital de Prague sans être complètement guéri et vient à Leipzig. Pendant le voyage, il ressent de nouveau de violentes douleurs et se décide à entrer à l'hôpital de cette ville.

Petit, maigre, le malade est assez bien musclé. Les organes de la poitrine sont normaux.

A l'abdomen, à droite, se trouve une tumeur qui se dirige de la région des côtes jusqu'à la crête iliaque et qui en avant s'étend jusqu'à deux doigts de l'ombilic.

La palpation, qui est douloureuse, fait constater un empâtement uniforme sur toute la tumeur. De la 5^e côte jusqu'à la

limite inférieure on perçoit à la percussion une matité absolue.

Les selles sont rares, à petits éléments, les urines sont normales.

Le malade se plaint continuellement de douleurs vives, principalement aux environs du foie.

Les selles sont rendues moins solides et plus abondantes, grâce à de l'huile de ricin administrée à plusieurs reprises. Cependant, à partir du 4 juin, apparaît de nouveau la constipation, au point que l'on doit donner des laxatifs. Pendant le séjour à l'hôpital, la température a oscillé entre 38° et 38,9, avec augmentation le soir.

La tumeur pendant le traitement reste la même. L'état s'améliore, les douleurs disparaissent et le malade quitte selon sa volonté l'hôpital le 11 juin 1888. — Plus tard il s'est complètement rétabli.

OBSERVATION V

(Du Dr Windscheid, de Leipzig)

Un serrurier, W. de Gohlis, âgé de 46 ans, entre le 29 août 1888 à l'hôpital de Leipzig et sort le 15 septembre 1888.

Jusqu'alors le malade a eu une excellente santé. Le 22 août il fut pris subitement pendant son travail de violentes douleurs au côté droit du ventre, qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Temp. 38,9. Pouls, 90. Resp. 20. Poux normaux. L'abdomen est sensiblement normal : à droite on sent entre les bords des côtes et l'os iliaque une résistance diffuse, une tumeur avec un son assourdi à la percussion. Foie et rate normaux. La vraie fosse iliaque est complètement libre. Le jour de son arrivée à l'hôpital, le malade a eu quelques selles légères.

Au maximum 39,3, pendant les 12 premiers jours d'hôpital : les 13^{mes} et 14^{mes} jours, la température tombe de 39,3 à 36,8 et reste inférieure à 38°.

Dans les deux premiers jours de son séjour à l'hôpital, le malade rend deux légères selles ; puis les selles sont interrompues jusqu'à partir du 6 septembre, où elles deviennent régulières. La tumeur de l'abdomen augmente, s'élargissant vers en bas. Les douleurs, au contraire, diminuent.

Le 11 septembre, on peut constater une véritable diminution de la tumeur qui devient totalement insensible.

Le 15 septembre, le malade sort de l'hôpital ayant encore sa tumeur, qui ne lui cause plus aucune douleur.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Nous savons combien sont nombreuses les causes d'occlusion intestinales ; aussi, pensons-nous qu'il serait hors de notre sujet de les passer toutes en revue. Nous nous contenterons d'exposer rapidement les principales, celles qui, plus particulièrement, intéressent le côlon ; nous rechercherons d'abord comment se forment ces obstructions, puis nous en examinerons les symptômes et nous verrons enfin si elles peuvent expliquer l'étiologie de la péricolite.

Des brides. — Les produits plastiques que forment surtout les péritonites partielles, et principalement celles qui succèdent aux inflammations péri-utérines, prennent souvent la forme de brides plus ou moins allongées entre lesquelles des anses d'intestin peuvent s'engager (1).

Il résulte à ce niveau une compression qui aplatit l'intestin et en efface le calibre : l'intestin est étranglé.

D'autres fois, ce sont des adhérences membraneuses qui amènent ce résultat. Le plus souvent, alors, ce n'est pas l'adhérence elle-même qui étrangle, mais elle donne naissance à une autre cause, rétrécissement ou compression, qui achève l'œuvre qu'elle avait préparée.

(1) Nouet. Thèse de Paris, 1874.

L'étranglement par les brides est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, sans doute parce qu'elles sont plus sujettes que ceux-ci à l'inflammation des viscères pelviens.

C'est principalement au niveau de l'iléon, dans ses parties moyennes et inférieures, que se produit l'étranglement interne; on le rencontre très rarement au niveau du côlon transverse.

Les brides et les adhérences sont fibreuses, solides et résistantes, de longueur variable, généralement courtes. Cependant Gaubric signale une bride assez longue, formée par la trompe, l'ovaire, le ligament rond du côté gauche, et une portion du péritoine de la fosse iliaque, du même côté. Dans ce cas, l'insertion se faisait, d'une part, en un point des parois (fosse iliaque gauche), et d'autre part, sur un des organes contenus (péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie). Une observation publiée par Péter montre une bride s'insérant par ses deux extrémités sur un des points des parois de la cavité abdominale (d'un bord à l'autre de la fosse iliaque). Enfin, la bride peut s'insérer sur deux viscères.

Si nous examinons maintenant les principaux symptômes de l'étranglement par les brides, nous voyons que dans sa thèse, Nouet insiste tout d'abord sur les accidents à distance : les règles étaient supprimées un an avant l'entrée à l'hôpital, et en même temps avaient apparu des douleurs hypogastriques vives, des coliques fréquentes et une constipation habituelle. Chez une autre personne, c'est 12 ans avant l'apparition de l'étranglement que s'étaient montrées des coliques peu intenses qui revenaient tous les six mois ou tous les ans, et chaque fois duraient quelques minutes. Enfin, une autre femme avait eu, trois ans auparavant, une péritonite, à la suite de laquelle il était resté des coliques et une constipation habituelle. A côté des accidents précédents, Nouet constate des vomissements abondants, presque incessants,

survenant dès le début, et constants dans tous les cas, qui se renouvelaient chaque fois que le malade ingérait une substance liquide ou solide.

La constipation offrait les mêmes caractères de fréquence et d'opiniâtreté. Quant à l'abdomen, son volume en était normal, ne présentant pas de tumeur. Les douleurs, qui se montraient dès le début, étaient intenses, peu exagérées par la pression, et s'irradiaient aux membres, dans toutes les parties de l'abdomen.

Or, aucun de ces symptômes, nous ne les retrouvons dans nos observations. Les accidents à distance n'existent pas, sauf peut-être dans l'observation IV, et c'est en vain que nous recherchons dans nos cinq observations, les traces d'une péritonite antérieure. Les vomissements sont surtout fréquents dans la période aiguë de la crise ; la constipation, il est vrai, est opiniâtre dans les observations de Windscheid, mais elle remplace une diarrhée des plus abondantes, dans les deux cas de péricolite suppurée. Quant à la douleur, elle est tout à fait différente ; elle siège toujours sur le trajet du côlon ascendant ; au début dans la fosse iliaque, elle est exagérée par la pression et ne s'irradie pas aux membres, sauf dans l'observation n° 2.

Invagination. — L'occlusion intestinale par invagination est une des occlusions les plus fréquentes. D'après les statistiques, elle constitue un peu plus du tiers des cas. Elle a pour siège ordinaire à la fois le gros intestin et la dernière portion de l'intestin grêle (invagination iléo-cœcale), plus rarement le gros intestin. Suivant Dieulafoy, sur un total de 763 cas, on trouve 392 invaginations iléo-cœcales, 220 de l'intestin grêle et 151 invaginations du gros intestin (1).

(1) Dieulafoy, Path. interne.

Le vice de position consiste dans la pénétration d'une portion de l'intestin dans une autre portion qui lui est supérieure ou inférieure. Presque toujours, l'invagination est descendante; c'est la partie la plus élevée qui plonge dans la partie inférieure, et c'est très exceptionnellement qu'on observe la disposition contraire (1). La lumière du segment invaginé est rétrécie, car la nouvelle paroi est formée de trois parois intestinales emboîtées, de trois cylindres superposés. Le premier, extérieur, appartient à la portion inférieure de l'intestin; c'est la gaine, qui en s'incurvant forme le cylindre moyen. Celui-ci, placé sous le précédent, se replie après un trajet plus ou moins long, pour former le cylindre interne, qui remonte vers la partie supérieure de l'intestin, se continuant avec elle. Or, au niveau des deux incurvations, il se forme des replis circulaires, de vrais colliers, et tandis que l'interne, qui est libre, arrondi, muqueux, n'a pas de rôle véritable, l'externe, au contraire, se sclérosant, peut jouer le rôle d'un anneau constricteur, absolument comme dans la hernie étranglée, et mettre obstacle au cours des matières fécales.

Quant aux symptômes de l'invagination, ils diffèrent tellement de ceux que nous constatons dans nos observations, qu'il nous paraît certain que l'invagination n'est pour rien dans l'étiologie de nos péricolites. En effet, si l'invagination est aiguë, on a alors tous les symptômes de l'étranglement: ces débuts brusques avec cette douleur vive, intolérable angoissante, d'abord locale, puis généralisée (colique de miserere), cette constipation opiniâtre, ces vomissements rapidement stercoraux, ce hoquet d'un pronostic fatal, cette apyrexie et cette hypothermie, avec ce facies caractéristique. L'invagination est-elle chronique? Les symptômes changent, mais toujours dif-

(1) Peyrot, Path. externe.

férents de ceux de nos observations ; ce sont alors des vomissements, ordinairement bilieux, une constipation rarement absolue, des selles diarrhéiques, sanguinolentes, fétides, et enfin une tumeur abdominale variant de volume, quelquefois parfaitement cylindrique, coudée, plus longue que large, présentant aux divers examens des variations d'aspect, de siège et de volume. Non, aucun de ces symptômes, on le voit facilement en lisant nos observations, ne se rencontre dans les cas qui nous occupent.

De même les tumeurs abdominales peuvent exercer une compression sur les parois de l'intestin : tumeurs utérines, surtout tumeurs fibreuses, rétroversions, tumeurs kystiques ou cancéreuses du péritoine, des ovaires, des ganglions mésentériques, anévrysme de l'aorte abdominale, hématoécèles, etc. Les troubles fonctionnels, dit Peyrot, résultant de ces compressions sont toujours lents à s'établir. Pendant longtemps l'occlusion reste incomplète, interrompue par des périodes de perméabilité, mais nous n'avons pas à y insister, car jamais, chez nos malades, l'on n'avait constaté une tumeur qui pût exercer la moindre compression.

Donc, ni les brides, ni les invaginations, ni les tumeurs, ne paraissent expliquer, dans nos cas, l'obstruction intestinale au niveau du gros intestin et principalement du côlon ascendant.

D'après la lecture de nos observations, c'est le plus souvent à la suite de repas copieux, chez des individus alternativement atteints de diarrhée et de constipation, que les accidents se sont produits. Il est donc certain que l'accumulation des matières fécales joue un rôle ; mais il est probable aussi que cette accumulation est favorisée par de la parésie intestinale. Que se passe-t-il alors ? Les malades, après avoir eu des phénomènes d'indigestion grave, après avoir abusé d'une alimentation composée d'aliments d'une digestion difficile : fruits

verts, concombres, haricots, raisins avec leur pellicule (observ. I^{re}), fruits à noyau avalés en totalité, sont pris rapidement de phénomènes d'obstruction intestinale (1).

Les aliments indigestes, par le fait de leur composition, laissent d'abondants résidus qui, agglutinés entre eux, forment des masses de plus en plus volumineuses, finissant par obstruer l'intestin par un mécanisme un peu analogue à celui de l'oblitération artérielle par embolie. Ces masses, véritables corps étrangers, lorsqu'elles ont atteint certaines dimensions, s'arrêtent en un point du tube digestif, et s'opposent par leur seule présence à la circulation des matières ; d'autres fois ces aliments produisent dans l'intestin un dégagement considérable et rapide de gaz, qui, en distendant considérablement le tube intestinal, soumettent ses fibres musculaires à une distension qui les paralyse.

Mais à côté de l'obstruction que nous venons d'étudier, à côté de l'obstruction par les entérolithes formées dans l'intérieur même du canal intestinal, par les vers intestinaux, nous devons dire quelques mots de l'obstruction stercorale qui résulte de la transformation du contenu normal de l'intestin en des sortes de boulettes dures, concrétées qui remplissent entièrement le calibre de l'intestin. Ici, c'est la constipation qui ouvre la scène, une constipation opiniâtre qui cependant peut céder à certains moments. En effet, parfois sans cause appréciable, souvent sous l'influence d'un écart de régime, de purgatifs énergiques et de divers excitants de la fibre intestinale, il survient de véritables débâcles ; et dans ces cas, des gardes-robes de consistance variable et souvent liquide, entraînent une masse plus ou moins fragmentée, de matières dures, sèches, concrétées,

(1) Thibierge. Thèse de Paris, 1884.

presqu'aussi dures que de la pierre, et que l'on ne saurait mieux comparer qu'à des truffes ou à des boules de cyprès.

Comme le dit très bien, M. le docteur Thibierge dans les conclusions de sa remarquable thèse : « Cette constipation a » son origine dans un affaiblissement de la contraction intestinale due à des troubles de la nutrition de la tunique musculaire de l'intestin. »

Lorsque les matières intestinales ont subi un arrêt de quelques jours qui constitue la constipation, sans être encore de l'obstruction, les masses qui stagnent ainsi dans l'intestin sont soumises à l'absorption plus prolongée que de coutume : elles perdent la presque totalité des substances liquides qu'elles contiennent, et il ne reste plus que les matériaux solides qui, concrétés, agglutinés, forment une masse dure et résistante. Celle-ci, agissant à la façon d'un corps étranger, détermine une irritation locale qui aboutit à la production d'un mucus concret, formant parfois une véritable fausse membrane.

Les produits de cette entérite déjà favorisée par le séjour des matières à des époques antérieures et souvent à des reprises très nombreuses, ne facilitent plus le glissement des fèces, comme le mucus normal ; bien au contraire, ils lui apportent un nouvel obstacle, et les concrétions pseudo-membraneuses peuvent acquérir un tel développement qu'elles semblent, au premier abord, être la seule cause des accidents consécutifs, si l'on ne se rapporte pas aux antécédents des malades, si l'on ne recherche pas, dans leur constipation habituelle, les causes de leur apparition. Ainsi arrêtées par suite, à la fois, de la parésie intestinale, des modifications qu'elles ont subies et des altérations que leur contact a déterminées dans la muqueuse, les matières fécales forment un bouchon qui ne permet plus au contenu des parties supérieures de l'intestin de pénétrer plus au loin : aux troubles purement dynamiques vient donc s'ajouter un obstacle physique. L'intestin, s'il avait conservé dans son

segment supérieur ses propriétés physiologiques, pourrait encore en avoir raison ; mais dans ce point aussi il a subi des modifications semblables à celles qui ont amené plus bas l'arrêt des matières: La force des fibres musculaires de ce segment, encore suffisante pour faire progresser lentement et laborieusement les matières jusqu'au point où elles se sont arrêtées, devient impuissante dès qu'un obstacle un peu plus considérable se présente.

Bien loin de pouvoir lutter, il se laisse distendre par les produits de la digestion que lui amènent ultérieurement les parties supérieures de l'intestin et par les gaz, et cette distension devient plus facile encore par suite de la perte de sa substance contractile. — Mais plus tard, la constipation recommence, la stase stercorale a lieu, et la dilatation par les matières et les gaz se produit.

A chacun de ces accès la fibre musculaire, distendue par la dilatation de l'intestin, revient moins facilement sur elle-même, l'intestin reste dans un état de dilatation permanent. Cette dilatation devient chaque fois un peu plus considérable. La fibre musculaire, affaiblie, amincie, mal nourrie, par des artères à moitié obstruées, mal innervée, perd de jour en jour sa puissance contractile.

L'altération du système musculaire qui produit la constipation opiniâtre, est donc, avec cette constipation elle-même, la cause de l'obstruction par matières fécales, et c'est à cette cause que nous rattachons l'étiologie de nos observations n° 1, 2, 3 et 5.

Dans l'observation VI, il y a pu avoir rétrécissement du côlon à la suite d'une plaie reçue dans le flanc

Mais afin d'être aussi complet que possible dans l'étude de l'étiologie de la péricolite, nous estimons que nous devons rechercher si, en dehors des causes que nous venons de signaler, il n'en existe pas d'autres qui peuvent, elles aussi, engen-

drer la péricolite. — Il est certain que oui. Dans tout traumatisme de cause externe, il y a irritation du tissu cellulaire, et si le corps du délit n'est pas aseptique, des complications surviennent rapidement. Ainsi un morceau de bois, un pieu ou un échalas qui pénètre dans l'abdomen, occasionne du danger, non-seulement par sa présence, mais encore par les éclats et les diverses poussières ou impuretés siégeant à la surface. Si le corps est poli et aseptique, une balle, par exemple, dans un duel, ce corps pourra venir se loger dans le tissu cellulaire et s'y enkyster, si on a pris soin de faire garder au malade le repos le plus absolu, ou bien la suppuration s'établira comme le signale John Bell (*Traité des plaies*, traduction d'Estor).

Si nous considérons maintenant l'influence des maladies générales, nous voyons qu'elle est considérable. Et d'abord, la fièvre typhoïde et la dysenterie. Bien que puisse en penser Grissolle, qui prétend que malgré de nombreuses et profondes ulcérations, soit dans la fièvre typhoïde, soit dans la dysenterie, rien n'est plus rare que de voir l'inflammation se propager au tissu cellulaire ambiant, il faut cependant admettre que dans la fièvre typhoïde, et surtout dans la dysenterie, il peut y avoir des cas où une ulcération enflamme le tissu cellulaire, ou bien encore que des abcès trop fréquents dans ces affections, surtout dans la seconde, décollent la muqueuse sur une large surface, infiltrant les parois musculaires de l'intestin, et finissent par atteindre directement le tissu cellulaire.

On a également mis en cause le choléra (Blat) et les fièvres éruptives (Damaschino).

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour bien comprendre l'étendue des désordres causés par l'inflammation du tissu cellulaire qui baigne le côlon, il est nécessaire de se rappeler la disposition anatomique des parties envahies par le processus phlegmasique. Dans l'étude anatomique que nous allons faire, nous insisterons spécialement sur deux points qui nous intéressent, au sujet du diagnostic et du traitement : la disposition du tissu cellulaire et les diverses issues que sa configuration permet de donner aux liquides pathologiques d'une part, les rapports du péritoine avec le cœcum et le côlon d'autre part.

Or, si l'on examine le traitement chirurgical dans nos deux cas de péricolite suppurée, on voit que c'est au niveau de la région lombaire que le chirurgien a porté son incision ; nous allons donc, en étudiant rapidement cette région, essayer d'expliquer les raisons pour lesquelles la paroi antérieure abdominale ne doit pas être touchée et prouver que c'est bien par la région lombaire que l'on doit intervenir.

La région lombaire correspond sur le squelette aux cinq vertèbres des lombes ; elle se délimite de la façon suivante : en haut, le bord inférieur de la douzième côte ; en bas, la moitié postérieure de la crête iliaque ; la limite externe finit au bord postérieur du muscle grand oblique de l'abdomen ; quant

à la limite interne, elle se place au niveau de la crête vertébrale.

Pour découvrir le côlon à droite ou à gauche, nous dit Tillaux dans son *Traité d'anatomie*, il faut pratiquer une incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire et dans la moitié inférieure seulement de la région, puisque plus haut on tomberait sur le rein ; diviser successivement la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, le grand dorsal, le petit oblique, l'aponévrose du transverse qui est unique en ce point, le carré des lombes et son aponévrose, le tissu cellulaire, pour tomber sur le côlon. Ce sont ces divers plans que nous allons rapidement étudier.

La peau à ce niveau est épaisse, bien moins sensible qu'à la région antérieure de l'abdomen ; elle est peu mobile.

La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée qui la double est épaisse, dense, peu chargée de graisse. Elle se décompose en deux plans : l'un superficiel, très adhérent à la face profonde de la peau, renfermant de la graisse ; l'autre profond, uni à l'aponévrose sous-jacente et de forme lamelleuse. Plusieurs de ces lamelles, extrêmement résistantes, se détachent de l'aponévrose au niveau du méplat correspondant (1) au bord externe de la masse sacro-lombaire et vont se continuer avec l'aponévrose fessière.

Le grand dorsal est un muscle large, triangulaire, mince en dedans, épais en dehors, qui nous intéresse particulièrement à cause de ses rapports avec le grand oblique. « Ecartés (2) l'un de l'autre en bas, ces deux muscles se rencontrent et se croisent à mi-chemin environ, entre la crête iliaque et la dernière côte. Ils interceptent entre eux un espace triangulaire, allongé

(1) Tillaux. Anatomie.

(2) *Id. ibid.*

dans le sens vertical. C'est le triangle de Jean-Louis Petit. Les limites de ce triangle sont : en dehors, le bord postérieur du grand oblique ; en dedans, le bord externe du grand dorsal ; en bas, la crête iliaque. La base du triangle est en bas. L'aire de cet espace est occupé par les fibres les plus postérieurs du muscle petit oblique, qui se trouve ainsi directement en rapport avec le tissu cellulaire sous-cutané et la peau. » Nous verrons dans un chapitre suivant l'importance de ce triangle dans la maladie qui nous occupe.

Le petit oblique est un muscle aplati, plus mince que le grand oblique ; quadrilatère, il est moins haut en arrière qu'en avant. Il est facile de le reconnaître au moment de l'incision par la disposition de ses fibres. Les fibres supérieures (1) sont perpendiculaires à celles du grand oblique. Au niveau de la crête iliaque elles sont horizontales ; au-dessous de cette crête elles deviennent parallèles à celles du grand oblique. Son bord supérieur se fixe au bord inférieur des quatre dernières côtes. Son bord inférieur s'insère aux deux tiers antérieurs de l'interstice de la crête iliaque, à l'épine iliaque antéro-supérieure et à la partie du ligament de Fallope voisine de cette épine. Son bord interne se continue avec une aponévrose qui se dédouble bientôt en deux lames, allant, l'une au feuillet antérieur, l'autre au feuillet postérieur de la gaine du grand droit. Entre la douzième côte et la crête iliaque, son bord postérieur se fixe à l'aponévrose qui donne insertion au grand dorsal.

Le muscle transverse, arrivé à 7 ou 8 centimètres du sommet des apophyses transverses, s'insère sur une aponévrose qui, au niveau du bord externe du muscle carré des lombes, se divise en deux feuillets : l'un antérieur, passant en avant du muscle carré, va s'attacher sur le corps vertébral au niveau

(1) Paulet, Résumé d'anatomie appliquée.

de la base de l'apophyse transverse ; l'autre, postérieur, beaucoup plus fort, continue le trajet de l'aponévrose dans la longueur d'environ trois centimètres ; puis, arrivé au niveau de la masse sacro-lombaire, se subdivise à son tour en deux feuillets, fort résistants, qui vont s'attacher : l'antérieur, au sommet de l'apophyse transverse ; le postérieur, au sommet de l'apophyse épineuse (1).

Le muscle carré des lombes est un intertransversaire (Tillaux). Il s'étend de la crête iliaque à la douzième côte ; par son bord interne, il s'insère aux apophyses transverses des vertèbres lombaires. Son bord externe, oblique, en dehors et en bas, déborde le bord externe de la masse sacro-lombaire. Très mince, aplati, il n'offre qu'une faible résistance à la pression des liquides ou des viscères.

Le tissu cellulaire, que nous trouvons en avant de ces masses musculaires, est celui qui baigne le côlon ascendant et descendant. Ce tissu se continue sans ligne de démarcation avec celui des parois abdominales, et le tissu sous-péritonéal des divers organes qui remplissent la cavité abdominale : en un mot, il forme un tout continu ; c'est bien, comme le dit Bichat, un tissu d'emballage. Après avoir enveloppé le côlon, il entoure le rein correspondant sous le nom de tissu périnéphrétique. Dans la fosse iliaque, il est séparé en deux couches par le fascia iliaca. La couche qui est située au-devant du fascia iliaca est celle qui s'enflamme dans la péricolite, la pérityphlite et la périnéphrite.

Enfin, ce tissu cellulaire peut se continuer, avec le tissu sous-cutané, en dehors du carré des lombes, entre les limites du grand dorsal et du grand oblique par le triangle de Jean-Louis Petit.

(1) Tillaux, Traité d'anatomie.

Le fascia iliaca, ou gaine du psoas, prend naissance, ainsi que le muscle psoas, aux corps des vertèbres lombaires et aux apophyses transverses ; elle descend dans la cavité abdominale et vient s'accoler au muscle iliaque. L'aponévrose s'épaissit considérablement et vient s'insérer, d'une part, sur la lèvre interne de la crête iliaque, et de l'autre le long du rebord osseux du détroit supérieur. Les deux muscles psoas et iliaque, confondus en un seul, sont ainsi enfermés dans une gaine ostéo-fibreuse très résistante. En bas, une partie des fibres aponévrotiques se rendent sur le ligament de Fallope ; les autres descendent, passent au-dessous du ligament, à côté et en dehors des vaisseaux fémoraux, et viennent s'insérer définitivement avec le muscle, au sommet du petit trochanter.

Des dispositions que nous venons d'indiquer, il résulte que les abcès provenant du corps des vertèbres, et ceux qui naissent à la suite d'irritation ou d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, pourront s'ouvrir en des endroits différents : en haut, en arrière du carré des lombes, ou bien ils pourront suivre une autre voie et venir s'écouler par la gaine des vaisseaux fémoraux et s'ouvrir à la cuisse.

Les abcès du tissu sous-aponévrotique, au contraire, peuvent demeurer emprisonnés par l'aponévrose et fuser le long de la gaine du psoas jusqu'au petit trochanter, où ils se trouveront arrêtés. — Nous verrons dans la suite ce que nous pouvons tirer de ces données anatomiques.

Nous arrivons maintenant sur le côlon. Le côlon, on le sait, se distingue en côlon ascendant, transverse, descendant et en S iliaque du côlon.

Le côlon ascendant est limité en bas par la valvule iléo-cœcale, en haut par la face inférieure du foie. Situé profondément dans la région lombaire, il traverse verticalement, nous disent les auteurs classiques, le flanc et l'hypocondre droits pour se courber ensuite, de façon à former le côlon

transverse. Cependant le côlon n'a pas toujours cette forme ascendante verticale. Il n'est réellement ascendant, nous dit Fromont dans sa thèse inaugurale, que dans 10 cas sur 40 ; dans 30 cas, il offre une direction tout autre. « Souvent on le rencontre ayant une position oblique qui tient surtout à la position du cœcum dans la fosse iliaque. Quand celui-ci se rapproche du détroit supérieur, le côlon devient oblique en haut et en dehors ; le cœcum est-il au contraire immédiatement appliqué contre la paroi abdominale antérieure, tout contre l'épine iliaque antéro-supérieure, le côlon devient oblique en haut et en dedans. Le côlon ascendant peut enfin décrire dans la fosse iliaque droite de véritables flexuosités, un véritable S italique absolument semblable à l'S iliaque gauche normal : ou bien l'S italiqué est transversal, c'est-à-dire formé par le côlon replié deux fois sur lui-même, horizontalement de dedans en dehors, puis de dehors en dedans (6 fois sur 40). Ou bien l'S italique est antéro-postérieur, le côlon étant plié d'avant en arrière, puis d'arrière en avant (8 fois sur 40). Le côlon forme dans ce cas un véritable S iliaque droit, capable de retenir les matières fécales au même titre que l'S iliaque gauche. » (1)

Au niveau de la face inférieure du foie, à la dixième côte environ, le côlon ascendant pour devenir transverse décrit une courbe à court rayon, à concavité tournée en arrière et en bas qu'on appelle l'angle du côlon. Anatomiquement il est caractérisé par l'existence d'un ligament suspendant en ce point le côlon, de manière à faire changer sa direction. Ce ligament a la forme d'une simple bride péritonéale descendant à la face inférieure du foie, mince, courte et maintenant bien l'angle colique. Mais ce ligament, ajoute Fromont, n'est pas constant, et

(1) Fromont. Thèse de Lille, 1890.

s'il vient à manquer, l'angle du côlon n'a plus sa raison d'être : parfois s'il est trop long l'angle colique sous-costal droit non maintenu s'affaîssera et le côlon s'abouchera directement dans l'anse transverse sans qu'il soit possible de montrer l'existence d'un angle (côlon ascendant en *S* italique). Le côlon transverse est en rapport : en avant et en dehors avec la paroi abdominale antéro-latérale et les anses de l'intestin grêle, en arrière, avec le carré des lombes et le rein dont le sépare seulement une couche de tissu conjonctif lâche, en dedans avec le psoas iliaque, à la partie supérieure avec la 2^e et la 3^e portions du duodénum.

Le côlon transverse va d'un hypocondre à l'autre, de la face inférieure du foie à celle de la rate. Très souvent il descend par une grande courbe au niveau et même au-dessous de l'ombilic. Par sa situation il peut se diviser en deux parties, droite et gauche, à direction différente. La première portion qui va de droite à gauche, à partir de l'angle colique droit, a une direction transverse horizontale à peu près fixe. Fromont l'appelle anse transverse vraie, réservant à la seconde portion le nom d'anse gastro-colique, qu'elle mérite par ses connexions et sa solidarité complète avec l'estomac. Glénard (*Lyon médical*), qui divise également le côlon transverse en 2 parties par son ligament pylori-colique, appelle la première portion sous-pylorique costale. De la ligne médiane, ou un peu à gauche d'elle, la portion gauche ou anse gastro-colique, est oblique, se dirige en haut et à gauche vers l'hypocondre, en suivant la grande courbure pour arriver au niveau de l'angle colique gauche, où il forme un coude comme dans la région ascendante. Le côlon transverse est en rapport, en haut, par son extrémité droite avec la face inférieure du foie, la vésicule biliaire ; dans la partie médiane avec l'estomac ; par son extrémité gauche avec la rate ; en bas avec les circonvolutions intestinales ; en arrière avec le rein droit, la deuxième et troisième portion du duodénum ; en

avant avec le grand épiploon qui le sépare de la paroi abdominale.

La dernière portion du gros intestin se divise en côlon descendant proprement dit et en S iliaque.

Le côlon descendant commence à la rate et finit à la crête iliaque ; il n'a pas une direction tout à fait symétrique à celle du côlon ascendant. Placé plus profondément, il est obligé pour joindre la crête iliaque de suivre une direction qui est moins rectiligne que celle du côlon ascendant ; il gagne donc dans sa longueur et par ces changements quelques centimètres. Il est en rapport en avant et sur les côtés avec les anses intestinales et en arrière avec le rein gauche et le carré des lombes.

Le côlon iliaque ou S iliaque s'étend de la crête iliaque à la symphyse sacrée iliaque gauche. La direction de l'S iliaque, dit Sappey, « bien que constamment fléchueuse, présente beaucoup de variétés. Le plus souvent elle se porte en haut et en dedans, descend ensuite presque verticalement, au devant du muscle iliaque en décrivant une grande courbure à concavité inférieure), se dévie au niveau du grand psoas en formant une seconde courbe à concavité supérieure et se continue avec le rectum. » Le côlon iliaque est recouvert de tous les côtés par les circonvolutions intestinales.

Nous avons à étudier maintenant une question qui offre pour nous un grand intérêt au point de vue du diagnostic : c'est le rapport du péritoine avec le cœcum et le côlon.

Le péritoine, est-il dit dans les auteurs classiques, n'enveloppe pas le cœcum ; il passe sur sa face antérieure, le recouvre et l'applique sur le tissu cellulaire de la fosse iliaque dans lequel baigne sa face postérieure. Cette description n'est plus exacte depuis les recherches de Trèves et de Tuffier.

Tuffier, dans son Étude sur le cœcum, nous dit (1): « *le cœcum est partout recouvert de péritoine* ; la main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde. Le mésentère, arrivé au niveau de l'angle iléo-cœcal, se dédouble pour entourer le cœcum, comme il le fait pour l'intestin grêle ; son feuillet gauche passe de la face antérieure de l'iléon sur la face antérieure de la partie initiale du gros intestin. Son feuillet droit suit le même trajet à la face postérieure, et tous deux se rejoignent sur le bord externe de l'organe et sur son extrémité inférieure. Cette extrémité libre flotte dans l'abdomen ; on peut la soulever et voir ainsi exactement l'étendue de la surface intestinale recouverte par la séreuse. La séreuse adhère intimement au cœcum ; c'est ainsi que si l'on veut la mobiliser, elle se déchire toujours sur le tiers inférieur du cœcum et sur sa partie antérieure, la paroi postérieure est au contraire beaucoup plus lâchement unie à sa séreuse. Quant à l'appendice, il est absolument impossible de le dépouiller. »

D'après les auteurs, le cœcum se trouverait fixé par le tissu cellulaire de la fosse iliaque ; or, il est certain que ce tissu est insuffisant, car il constituerait un bien faible soutien pour une masse d'intestin si volumineuse et constamment remplie de matières fécales. Le cœcum se trouve soutenu par deux ligaments. Le ligament supérieur, repli de la séreuse péritonéale, s'insère en haut sur la paroi de la fosse lombaire, au-dessous du rein, et de là vient se perdre sur la paroi externe du côlon ascendant, à son union avec le cœcum. Ce repli (2) est bien un ligament ; car il suffit d'exercer une traction sur le cœcum pour voir dans son épaisseur des fibres nacrées en éventail, venant se perdre sur la paroi de l'intestin. Le second ligament,

(1) Tuffier, Archives générales de Médecine, 1887.

(2) Idem.

le ligament inférieur, qui est aussi un repli péritonéal comme le premier, s'étend de la fosse iliaque sur le bord gauche du cœcum et sur le mésentère.

Au niveau du côlon ascendant, le péritoine passe au devant de lui, laissant libre la paroi postérieure qui repose sur le tissu cellulaire.

Malgré l'avis d'Allingham, qui admet l'existence constante d'un mésocôlon ; malgré l'avis de Legueux, qui admet l'existence d'un mésocôlon dans 50 0/0 des cas (*Bull. Soc. anatom.* du 6 février 1892), on peut dire cependant que, dans la majorité des cas, le mésocôlon est nul ou inférieur à un demi-centimètre, ce qui fait que l'on peut, par la partie postérieure, atteindre le côlon sans léser le péritoine.

Nous avons vu plus haut quels étaient les moyens de fixité du côlon ascendant ; aussi, nous n'y reviendrons pas.

A la hauteur du côlon transverse, le péritoine forme un mésocôlon, le plus long des mésos (1). Après avoir recouvert toute la surface du côlon transverse, les feuillets séreux se rejoignent derrière lui pour constituer un repli long et large, étendu transversalement et horizontalement du bord postérieur du côlon transverse à la paroi abdominale postérieure. Le feuillet supérieur est formé par le péritoine de l'arrière-cavité des épiploons, qui en arrière remonte pour appliquer contre la colonne vertébrale, le pancréas, la deuxième et troisième portion du duodénum, en passant sur la face antérieure de ces organes. Le feuillet inférieur, vers la ligne médiane, forme le mésentère.

En certains points, le mésocôlon transverse constitue des ligaments spéciaux. On connaît le ligament colique sous-costal droit ; quant au ligament colique gauche, étudié par Cruveilhier

(1) Le Fort, Anatomie.

(ligament pleuro-colique) et par Glénard, il est formé de la façon suivante. Les deux feuillets du mésocôlon transverse, en arrivant au niveau du côlon descendant, se séparent l'un de l'autre; l'inférieur forme le feuillet droit du mésocôlon descendant, le supérieur se jette sur la paroi abdominale. Il se fait là une bride péritonéale, longue de 2 à 3 centimètres, qui est très intimement unie à l'angle colique gauche, et qui le maintient d'une façon très efficace. Ce ligament est plus constant que le ligament droit; Glénard, dans son travail, admet l'existence d'un troisième ligament dit pylori-colique; mais il semble ne pas exister. Le ligament colique gauche s'étend de la face antérieure de la zone pylorique de l'estomac à la limite de l'anse transverse vraie. On peut le mettre en évidence en exerçant des tractions sur le côlon.

La disposition du péritoine autour du côlon descendant est très simple et offre la plus grande analogie avec la disposition autour du côlon ascendant. Il semble que l'absence totale de méso soit encore plus fréquente dans cette portion d'intestin. Comme chez le côlon ascendant, on peut atteindre le côlon descendant sans léser le péritoine.

A partir de la terminaison du côlon ascendant vrai, le méso-côlon va au contraire en augmentant jusqu'à la partie moyenne de l'S iliaque, pour diminuer progressivement à mesure qu'il se rapproche du rectum. Cette différence entre la longueur de ces deux mésos rend compte, et de la fixité presque absolue du côlon descendant, et de la grande mobilité de l'S iliaque; elle explique le coude brusque et le léger rétrécissement qu'on peut, dans tous les cas, constater au niveau de l'abouchement des deux portions. Le ligament sous-costal gauche a été décrit plus haut: inférieurement, il n'y a pas d'autres ligaments que celui que constitue la brièveté du méso (1).

(1) Fromont, *loc. cit.*

Il nous reste maintenant à étudier l'ulcération du côlon, à savoir comment se fait cette ulcération et à quel niveau elle se forme, enfin, comment se produit la péricolite. Mais pour bien comprendre l'anatomie pathologique de la péricolite, nous devons dire quelques mots du côlon, pour bien montrer quelles sont les parties de l'intestin qui sont primitivement atteintes.

Envisagé extérieurement, il se montre parfaitement semblable au cœcum, n'offrant plus l'aspect cylindrique de l'intestin grêle, mais bien la forme d'un prisme. Cette forme ne se rencontre pas sur tout le parcours du côlon ; elle s'atténue vers le côlon lombaire et se perd vers l'S iliaque, déjà presque arrondi comme le rectum (2). Cette disposition prismatique est due à la prolongation de trois bandelettes longitudinales venant de l'appendice vermiculaire du cœcum. Ces bandelettes étant plus courtes que l'axe du canal, brident et forcent l'intestin à former des bosselures séparées par des sillons. Ces bosselures débordent les bandelettes et les enfoncent dans une sorte de gouttière qui déprime et aplatit le contour du côlon en trois sens ; et ce qui prouve d'une façon certaine que ce sont bien ces bandelettes qui donnent au côlon sa forme prismatique avec ces bosselures, c'est que la section ou une distension forcée font perdre au côlon ses saillies et lui donnent une forme cylindrique régulière.

La connaissance de ces bandelettes est très utile en ce que, au cours d'une opération, elles permettent d'affirmer que l'on a affaire non au petit mais au gros intestin. Si l'on fait une coupe transversale sur le côlon ascendant, on voit que l'une de ces bandelettes est située sur la face antérieure, c'est la plus épaisse et la plus large des trois ; elle a de 8 à 12 millimètres. Les deux autres, séparées par un intervalle moindre que celui qui les sépare de la bandelette antérieure, sont postérieures ; une en

(2) Dictionnaire encyclopédique.

dehors et à droite, postéro-externe ; l'autre en dedans, postéro-interne. Lorsque le gros intestin arrive au niveau du bord hépatique, il subit une rotation et les bandes changent de place et alors, au côlon transverse, la bande antérieure devient inférieure, la postéro-externe devient supérieure, la postéro-interne devient postéro-inférieure. Au niveau du côlon descendant, elles reprennent leur position primitive et au rectum elles se fusionnent en deux lames blanches, antérieure et postérieure, occupant toute la surface du rectum. Il faut ajouter, pour compléter la physiologie de cet organe, qu'à la surface externe adhèrent des franges épiploïques chargées de graisse chez les gens obèses, qui servent aussi à reconnaître le côlon.

Le gros intestin est formé de quatre couches superposées qui, en procédant de dehors en dedans, sont :

1° *Tunique séreuse*. Nous n'y reviendrons pas, nous retiendrons seulement :

a) Qu'elle enveloppe le cœcum, le côlon transverse et l'S iliaque.

b) Qu'elle passe devant le côlon ascendant et le côlon descendant ;

2° La *couche musculaire* est formée de deux ordres de fibres : les unes longitudinales superficielles, les autres circulaires profondes. Les dernières forment une couche régulière dans toute l'étendue du côlon ; la couche qu'elles constituent, d'un aspect pâle, est moins épaisse que celle des fibres longitudinales, à l'inverse de ce qui existe dans l'intestin grêle. Toutes les fibres longitudinales ne sont pas contenues dans les faisceaux. Dans les intervalles des bandes qu'elles représentent, c'est-à-dire au niveau des bosselures, il reste encore, selon la remarque de Henlé, quelques fibres musculaires parallèles à l'axe de l'intestin. Les fibres circulaires et longitudinales se laissent aisément séparer les unes des autres ; elles appartiennent toutes à la catégorie des fibres lisses ;

3° La *couche celluleuse* réunit la musculieuse à la muqueuse. Elle est très mince en certains points où la muqueuse et la musculieuse adhèrent assez intimement ;

4° La *couche muqueuse* offre à étudier l'épithélium, le derme, les glandes.

a) L'épithélium est cylindrique, formant une seule couche régulière de 22 μ d'épaisseur. Les cellules sont pourvues d'un noyau nucléolé, ovalaire, vésiculeux, contiennent des granulations et du mucus qui est versé de temps en temps dans l'intestin pour concourir à la sécrétion muqueuse. Cet épithélium tombe rapidement après la mort.

b) Le derme est constitué dans sa couche profonde par la couche de fibres musculaires de Bruck (couche de 29 μ d'épaisseur). Dans toutes les autres parties, il est formé de cellules lymphoïdes dans un réticulum.

c) Les glandes sont des glandes en tube, analogues à celles de l'intestin grêle ; on observe, en outre, des follicules clos solitaires. Les glandes en tube de Lieberkühn ont une longueur d'un demi-millimètre ; leur largeur est de 150 μ environ. La paroi des glandes est formée de deux lames : l'une externe, presque homogène ; l'autre interne, est un prolongement réfléchi de l'épithélium cylindrique de l'intestin. La première, quoique très mince, est résistante ; elle est en contact avec le réseau capillaire. Les follicules clos rappellent ceux de l'intestin grêle ; ils sont très irrégulièrement disséminés ; sont toujours solitaires et ne s'agglomèrent pas pour former des plaques de Payer. Ils sont un peu plus volumineux que ceux de l'intestin grêle et déterminent par conséquent une saillie à la surface intestinale. Leur partie profonde repose sur la tunique musculieuse ; leur partie superficielle offre une dépression de la muqueuse autour de laquelle on voit les glandes en tube former une couronne. Il est facile de prendre cette dépression

pour une ouverture de glande, mais si on examine le fond on aperçoit le sommet du follicule.

Les artères viennent des mésentériques supérieur et inférieur : de la première pour alimenter les parois du côlon ascendant et la moitié droite de l'arc du côlon ; de la seconde pour l'autre moitié de l'arc du côlon, le côlon descendant et l'S iliaque. Les veines suivent les artères et se jettent dans la grande et petite mésaraïque.

Les lymphatiques naissent par un réseau sous-épithélial et aboutissent aux ganglions mésentériques.

Les nerfs proviennent du plexus solaire et lombo-aortique par l'intermédiaire des plexus mésentériques supérieurs et inférieurs et ont une distribution semblable à celle des artères de ce nom.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Après ces quelques données sur la structure du côlon, voyons maintenant comment se produit la péricolite.

Quelle que soit la cause qui détermine l'inflammation du côlon, je parle ici des causes internes (matières fécales principalement), on observe un ensemble de lésions dont nous allons donner une description aussi complète que possible.

Au début, nous avons tous les symptômes d'une colite. La muqueuse présente les traces d'une inflammation plus ou moins vive : elle est injectée, rouge, tuméfiée, friable, quelquefois assez ramollie pour se détacher par lambeaux. Cette inflammation, qui porte souvent sur toute l'étendue du côlon, se limite rarement à la muqueuse ; elle envahit successivement la tunique celluleuse, puis la couche musculaire de l'intestin perd ses propriétés contractiles et aggrave la maladie en favorisant l'accumulation des matières fécales dans le côlon. Arrivée à cette période, la maladie peut se terminer par résolution. Disons cependant que cette résorption des produits inflamma-

toires se fait généralement avec une extrême lenteur et que longtemps après que le malade a repris ses occupations et peut être considéré comme guéri, on trouve encore dans la région du côlon un empâtement profond.

A ces premières lésions succèdent bientôt, pour peu que l'inflammation se prolonge, des altérations profondes qui peuvent avoir une influence fâcheuse sur la marche de la maladie; nous voulons parler des *ulcérations* et des *perforations* qui en sont la conséquence. Elles siègent surtout au niveau des follicules clos. Elles sont arrondies généralement, entourées d'un cercle inflammatoire, et sont très peu nombreuses (deux dans notre observation n° 2). Si le travail ulcératif s'arrête, la perte de substance se comble peu à peu, et, à la place de l'ulcération, on trouve une petite cicatrice d'un blanc grisâtre, qui ne donne lieu à aucun accident ultérieur. Quelquefois, quand l'ulcération occupe une large surface, il peut en résulter une cicatrice capable de déterminer un rétrécissement du côlon et devenir la cause prédisposante d'une nouvelle inflammation en favorisant l'accumulation des matières fécales. Si l'ulcération n'a pas de tendance à la cicatrisation, après avoir détruit la muqueuse, elle gagne peu à peu la celluleuse, la musculaire, et arrive ainsi jusqu'au tissu cellulaire. D'abord très petite, donnant à cette époque issue à quelques gaz qui s'infiltrent dans le tissu, elle augmente lentement, laisse passer les liquides et grandit au point de permettre aux matières fécales de se verser dans le tissu cellulaire. Lorsque le travail inflammatoire persiste, le tissu infiltré de pus se détruit peu à peu; le pus se collecte en un abcès qu'on perçoit à travers la paroi abdominale et qu'il faut se hâter de débrider.

Dans certains cas, le tissu péricolique peut être le point de départ de l'inflammation, qui se communique postérieurement au côlon; mais alors, on a une marche absolument semblable

aux abcès périnéphrétiques s'ouvrant dans le côlon. Le tissu cellulaire s'épaissit, s'indure, s'infiltré d'un liquide séro-purulent ou franchement purulent. Le côlon, baigné dans ce pus, finit par s'ulcérer de dehors en dedans, et l'abcès, dans ce cas, peut se vider en partie dans le côlon.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Quels que soient le début, la forme, la gravité de la maladie, deux symptômes dominant et caractérisent son histoire : la douleur et la tuméfaction. Mais avant de les étudier, nous devons commencer par examiner les manifestations prodromiques qui préparent l'apparition de ces deux symptômes.

Le plus souvent, la maladie est précédée par des troubles gastro-intestinaux qui préparent son développement. Dans nos observations n° I et n° IV, les malades accusent une diarrhée plus ou moins abondante, intermittente, survenant sans cause appréciable, disparaissant sans traitement. Parfois, cette diarrhée alterne avec la constipation ; elle est le résultat d'une alimentation malsaine, excessive, d'un affaiblissement général, et semblerait indiquer déjà un obstacle à la circulation des matières dans le gros intestin. Au lieu de ces alternatives de diarrhée et de constipation, la constipation peut exister seule ; et c'est ainsi que dans l'observation n° III, elle a certainement été le point de départ de la maladie. Cet état de diarrhée ou de constipation peut durer ainsi pendant longtemps, si, un jour, un écart de régime, en troublant les fonctions digestives, ne vient hâter le dénouement. Nous en trouvons la preuve dans notre observation n° I ; la patiente nous l'a fort bien raconté : elle avait une diarrhée intense qui durait déjà depuis longtemps, lorsqu'un beau jour, à la suite d'un repas copieux (elle

avait principalement mangé une quantité énorme de raisins), elle fut prise d'une violente indigestion, qui a certainement été le point de départ de sa péricolite.

Mais au lieu de présenter ce début graduel, la maladie peut commencer d'une façon soudaine, comme dans nos observations II et V. Les malades avaient eu jusque-là une excellente santé ; leurs fonctions digestives s'exécutaient avec une parfaite régularité, lorsque tout à coup, à la suite d'un déjeuner plus copieux que d'habitude, ils sont pris brusquement. Une douleur vive s'est déclarée en un point de l'abdomen et avec elle la fièvre est venue. Ici, on le voit, il n'y a pas de prodromes.

Le premier, et certainement le plus important symptôme de la péricolite, est la douleur, car elle peut à elle seule constituer pendant longtemps tout l'appareil symptomatique. Elle siège dans la région lombaire, au niveau du côlon ; cependant, dans nos deux cas de péricolite suppurée, nous sommes frappés par une douleur qui se montre tout d'abord dans la fosse iliaque, précédant de quelques jours celle que l'on constatera plus tard dans la région lombaire. Dans ces deux cas, on a pensé, les premiers jours, qu'on était en présence d'une pérityphlite, et ce n'est que postérieurement, quand on a vu l'empâtement se développer au niveau du côlon ascendant, la suppuration s'établir, les ulcérations se produire, qu'on a compris que ce n'était pas à une pérityphlite, mais bien à une péricolite, que l'on avait affaire. Mais comment expliquer cette douleur dans la fosse iliaque ? Nous pouvons en fournir deux explications : ou bien la douleur peut être occasionnée par la compression nerveuse, ou bien elle peut être due à l'existence d'une pérityphlite concomitante.

En effet, de même que M. Jalaguier pense qu'une pérityphlite peut exister avec une péricolite, de même nous pensons qu'une péricolite peut se rencontrer avec une pérityphlite ; et c'est pour

cela que nous croyons qu'au début il y a eu de la pérityphlite qui nous explique la douleur dans la fosse iliaque. En effet, les aliments plus ou moins bien digérés, arrivant dans le cœcum en grande quantité, ont bien pu s'y arrêter pendant quelque temps et déterminer de l'inflammation ; puis, sous l'influence de nouvelles contractions musculaires, ils ont cheminé, progressé lentement, et ont fini, à cause de la parésie intestinale, par s'arrêter au niveau du côlon et déterminer la péricolite. Et nous croyons tellement que les choses ont dû se passer ainsi, que la pérityphlite a précédé la péricolite, que nous voyons la douleur de la fosse iliaque cesser au bout de quelque temps, pour être remplacée par la douleur de la région lombaire.

La douleur est profonde, sourde d'abord, puis vive, aiguë, continue, avec exacerbations ; elle est augmentée par la pression, qui lui donne un caractère incisif, et contrairement à ce qui se passe généralement dans la pérityphlite et la périnéphrite, les mouvements des membres inférieurs ne l'augmentent pas. Les irradiations douloureuses sont inconstantes et variables. Le plus souvent, la douleur reste localisée, mais parfois elle s'étend aux parties voisines et, comme dans l'observation n° II, s'irradie à la partie interne de la cuisse jusqu'au genou. La douleur persiste tant qu'il y a un travail inflammatoire en activité. Cependant, si la suppuration ne s'établit pas, comme cela est arrivé dans les observations de Windscheid, la douleur, au bout de quelques jours, se calme graduellement et disparaît d'ordinaire bien avant l'induration. Quand la suppuration s'établit, au bout d'un temps variable, quinze à vingt jours, la douleur devient aiguë, lancinante et augmente avec la tumeur. La fièvre suit le développement de l'inflammation.

Au début, c'est un empâtement profond, au palper dur et résistant, mat à la percussion, étalé dans la région lombaire, allant des fausses-côtes à la crête iliaque, pouvant s'étendre

jusqu'à l'ombilic. Dans trois de nos cas, la tuméfaction conserve, pendant toute la durée de la maladie, les caractères qu'elle avait dès le début. Cependant, au bout de quinze à vingt jours, elle commence à diminuer graduellement de volume, sa sensibilité anormale s'émousse ; elle se réduit peu à peu et finit par disparaître au bout de trente jours, ou même plus, en laissant à sa place un noyau induré ou un foyer limité d'empâtement, qui persiste longtemps après la disparition de tout autre symptôme.

Mais au lieu de présenter cette régression régulière, les symptômes généraux s'aggravent, la fièvre augmente, la tumeur, plus limitée, devient le siège d'élancements, de battements caractéristiques de la formation du pus ; sa dureté fait place à une consistance pâteuse, puis à une véritable fluctuation, sensible à la palpation. L'auscultation et la palpation font constater une crépitation gazeuse, preuve de l'issue des gaz intestinaux.

Une fois formé, le pus tend à se porter non en avant du côlon, mais en arrière vers l'extérieur, et alors il peut suivre deux routes : ou bien il devient sous-cutané en passant par le triangle de Jean-Louis Petit, ou bien, se frayant un passage à travers les muscles, il vient se montrer à la partie externe de la masse sacro-lombaire. Les muscles qui forment la paroi postérieure du foyer (muscle carré des lombes et transverse) sont plus ou moins altérés. Leur voisinage immédiat avec le pus les expose plus particulièrement à la propagation du travail phlegmasique. Les fibres musculaires sont altérées dans leurs éléments et présentent une coloration bleuâtre et une friabilité extrême ; quelquefois, au contraire, les muscles sont pâles, ramollis dans les parties les plus superficielles. Pendant tout ce travail inflammatoire, la région lombaire a été envahie par de l'œdème. Une fois dans la couche sous-cutanée, la tumeur devient plus nette, le sommet plus saillant. Les tégu-

ments, qui jusque-là avaient gardé leur coloration normale, prennent une teinte rougeâtre ou rose vif. Parfois même cette rougeur devient érysipélateuse et la peau finirait par s'ulcérer, en donnant passage à ce pus à odeur caractéristique, si l'on n'avait eu soin auparavant de débrider l'abcès par une large incision.

Symptômes généraux.— Les plus importants sont ceux qui résultent des troubles survenus dans l'appareil digestif. Cela est tout naturel, car « lorsqu'un point du tube intestinal est le siège d'une lésion aiguë, tout le reste de l'appareil présente à un degré plus ou moins marqué des altérations sympathiques. » (1) La langue est blanchâtre, étalée, parfois un peu rouge sur les bords, humide ; elle devient sèche, rôtie même (observation n° 4), lorsque la maladie s'aggrave et va se terminer fatalement.

L'appétit est nul. Les vomissements du début sont sous la dépendance de l'indigestion. D'abord alimentaires, puis bilieux, jamais porracés, ils sont peu douloureux, et se répètent trois ou quatre fois par semaine dans nos cas de péricolité suppurée. Les vomissements sont beaucoup moins fréquents cependant que les nausées qui, elles, sont constantes et que nous retrouvons presque tous les jours dans les symptômes de l'affection qui nous occupe.

La constipation est un symptôme fréquent et caractérise les observations de Windscheid. Opiniâtre, elle persiste jusqu'à la résolution de la tumeur ou ne cède qu'à l'usage des purgatifs répétés (observation n° 4). Quant à la diarrhée, elle est extrêmement abondante (observation I et II), fatigue beaucoup le malade et se continue pendant toute la durée de la maladie.

(1) Paulier. Thèse de Paris, 1875.

Les matières fécales ne deviendront solides que vers la fin de la maladie, lorsque l'anus contre nature est à peu près fermé.

La fièvre ne commence pas par des frissons au début. Elle s'établit peu à peu et suit exactement la marche de l'inflammation à laquelle elle est intimement liée. Elle n'a pas une marche cyclique régulière, avec des stades faciles à indiquer, elle atteint rarement un degré très élevé ; ce n'est que deux fois dans l'observation n° 1 que nous la voyons monter jusqu'à 40° ; d'ordinaire elle se maintient entre 38 et 39°, elle peut même descendre à 36°5 le matin.

Le pouls est augmenté de fréquence, de 100 à 140 ; il varie de 112 à 120. Il est en général petit, filiforme, fuit sous le doigt et ne se laisse compter que difficilement.

Ordinairement, les malades sont calmes, immobiles dans leur lit. Parfois, ils se plaignent, quand la souffrance est trop vive, mais leurs réponses sont nettes et l'intelligence n'a subi aucune atteinte ; ce n'est que lorsque le dénouement fatal approche, que le malade est plongé dans la prostration et la stupeur. — Au bout de quelques jours le malade présente un aspect particulier. La peau, d'abord sèche, devient moite. La face est blême et terreuse avec des replis marqués sur les côtés du nez et de la bouche. Le regard est abattu, incertain, noyé, tout l'individu est marqué d'un cachet particulier de tristesse et d'abattement.

Mais nous n'avons pas ici ce facies grippé caractéristique, ces yeux excavés, ces extrémités refroidies, le météorisme abdominal que nous rencontrons dans la péritonite.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péricolite est fort délicat et difficile à établir. Ainsi que nous l'avons vu dans un des chapitres précédents, nous nous trouvons dans une région pouvant présenter bien des anomalies, soit du côté du rein, soit du côté du côlon.

Nous allons maintenant rapidement passer en revue les quelques affections avec lesquelles la péricolite pourrait être confondue, surtout au début, et nous insisterons, en terminant, sur deux maladies qui, bien qu'ayant des symptômes communs avec la péricolite, peuvent cependant être différenciées; nous voulons parler de la périnéphrite et de la pérityphlite.

Trois éléments doivent servir de base à notre diagnostic: la douleur, la fièvre et la tuméfaction de la région.

La fièvre et la douleur étant les premiers symptômes, la confusion devient possible avec des affections douloureuses localisées dans la région lombaire.

Dans le lumbago, la douleur s'exaspère par le mouvement autant que par la pression; elle existe des deux côtés. La fièvre n'est qu'un léger mouvement fébrile, dû plutôt à l'insomnie causée par la douleur, qu'à la maladie elle-même.

Quant à la névralgie iléo-lombaire, l'absence totale de réaction fébrile et l'existence de points douloureux très caractéristiques, suffisent pour qu'il n'y ait point d'erreur.

Les coliques néphrétiques ou hépatiques ne peuvent guère se

confondre avec une péricolite. Les douleurs violentes qu'on observe au début dans tout l'abdomen et qui s'irradient vers l'épaule droite ou vers les testicules, sont bien la caractéristique de ces affections ; la marche de la maladie dans la péricolite, l'absence d'ictère, l'examen négatif des urines, la présence d'une tumeur et surtout la fièvre, ne permettent pas longtemps de se tromper.

Le rein déplacé, alors même qu'il ne présente aucune altération, peut fort bien faire penser à une péricolite lorsqu'il n'y a qu'induration, comme dans les cas de Windscheid. Mais si le rein placé dans une situation aussi insolite devient malade, si son tissu s'enflamme et suppure, on pourra très aisément croire à l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire péricolique. Le diagnostic reposera sur l'examen des urines (présence d'albumine) et l'absence de troubles du côté des voies digestives. On sait, de plus, que le rein flottant non enflammé forme une tumeur très mobile, que ce seul signe suffit à caractériser.

L'étranglement interne est ordinairement facile à distinguer par les commémoratifs : le facies grippé, abdominal, caractéristique, du malade, et surtout la nature des matières vomies. Jamais, en effet, dans la péricolite, on ne rencontre de ces vomissements fécaloïdes.

Certaines péritonites circonscrites produisent des tumeurs, appréciables à la vue et au toucher, pouvant faire croire, dans quelques cas, à une inflammation autour du côlon. Mais l'absence de troubles digestifs qui, ordinairement, précèdent la péricolite, l'existence de frissons plus ou moins violents, le caractère de la douleur de la péritonite qui est vive, pongitive, puis les vomissements porracés, le hoquet, le facies abdominal, le météorisme, autoriseront à penser que c'est bien en présence d'une péritonite que l'on se trouve.

Je glisse sur les abcès ossifluants par congestion, dus à une tuberculose vertébrale ; la déformation du rachis, la douleur

provoquée par la pression sur l'apophyse épineuse de la vertèbre altérée; enfin, les signes tirés de la constitution même du sujet et des symptômes diathésiques qu'il présente, ne permettent guère de méconnaître la nature et l'origine de ces abcès.

Disons enfin que, vu les rapports du côlon avec le psoas, on peut souvent avoir quelque difficulté à distinguer le psoïtis de la péricolite. L'erreur est d'autant plus compréhensible que l'inflammation du tissu péricolique peut se propager à la couche de tissu cellulaire qui tapisse la face antérieure du muscle psoas et au muscle lui-même. Dans le cas où le psoïtis n'aura pas pour point de départ une péricolite, le diagnostic se basera sur l'absence des troubles du côté des voies digestives, sur les caractères de la tumeur qui n'existe pas dans l'inflammation du psoas. De plus, le psoïtis détermine l'immobilité du membre inférieur, la pointe du pied tournée en dehors, et une collection purulente qui vient s'ouvrir au petit trochanter.

Voyons maintenant sur quels symptômes peut reposer le diagnostic entre la périnéphrite et la péricolite. Il est certain que si l'on ne tenait compte que de l'anatomie de la région dans laquelle s'est développée l'inflammation, le diagnostic serait impossible, car le tissu cellulaire qui baigne le rein et celui qui environne le côlon est absolument le même, se succédant sans aucune ligne de démarcation. Cependant malgré ces intimes rapports anatomiques, il existe des symptômes qui suffisent cependant à différencier ces deux affections.

Disons tout d'abord que ni la fièvre, ni la douleur ne peuvent pendant longtemps éclairer le diagnostic, tant elles sont les mêmes dans la périnéphrite et la péricolite. Dans ces deux affections, en effet, la douleur lombaire est certainement le plus important symptôme. Généralement localisée dans les deux cas, nous la voyons parfois, dans la périnéphrite, s'irradier dans la fosse iliaque vers les organes génitaux. D'abord sourde, profonde, puis plus localisée, plus vive, nous la trou-

vons exagérée par la pression au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire. La fièvre suit le développement de l'inflammation, et dans la périnéphrite comme dans la péricolite, elle est continue, avec des frissons se répétant chaque jour et même plusieurs fois par jour. Cependant dans la périnéphrite, la fièvre peut prendre une importance toute particulière ; « elle apparaît avant toute manifestation locale et peut persister assez longtemps sans que le malade accuse aucune douleur, — sa marche continue, rémittente, avec exacerbation vespérale, peut faire croire au début d'une fièvre typhoïde. » — Dans la périnéphrite, au bout d'une vingtaine de jours, en même temps que la douleur apparaît progressivement sur l'un des côtés de la colonne vertébrale, on constate un empâtement profond, assez mal limité, qui envahit toute la région lombaire correspondante et parfois la partie supérieure de la fesse. Dans la péricolite, l'empâtement est moins profond, s'étendant très loin comme dans l'observation n° IV, pouvant aller jusqu'à l'ombilic.

La ponction exploratrice qui peut se faire avant d'inciser largement les téguments, aide pour une grande part au diagnostic. — Dans la périnéphrite primitive, le pus est inodore, louable, phlegmoneux ; s'il y a une lésion du rein, il est mêlé à une certaine quantité d'urine, il est alors séreux, grumeleux, mêlé de lambeaux grisâtres et sphacélés, de graviers ou de fragments de calculs. Dans les abcès d'origine traumatique, le pus présente une couleur lie-de-vin, rougeâtre ou brunâtre et contient des grumeaux de fibrine provenant du sang épanché. Le plus souvent, avons-nous dit, il est inodore, quelquefois il possède une odeur fécaloïde très marquée, bien qu'il n'existe aucune perforation intestinale.

Ce n'est que rarement qu'on a trouvé des matières stercorales dans le pus des périnéphrites même, quand l'intestin était perforé, ce qui tiendrait, d'après Féron, à la disposition

en entonnoir de l'ulcération, laissant bien le pus couler dans l'intestin, mais empêchant le passage en sens inverse des matières fécales. Le pus, dans la périnéphrite, peut avoir une odeur urineuse. Cette odeur, qui se rencontre rarement, n'apparaît que lorsqu'une lésion des calices du bassinet ou de l'urètre permet à l'urine de s'écouler dans le foyer de l'abcès ; il faut encore que la communication soit facile, car, si cette communication se fait par un trajet fistuleux, et que l'ouverture s'abouchant dans les conduits urinaires est située plus bas que celle qui s'ouvre dans l'abcès, on comprend sans peine que l'urine s'écoule sans pénétrer dans l'abcès. Le pus urinaire se reconnaît à son odeur et aux principes de l'urine (urée, acide urique) que l'analyse chimique y retrouve.

Que fait le pus dans la périnéphrite ? Par la palpation, par l'examen de la tumeur, par les décollements qui se produisent, il est facile de suivre son trajet. D'une façon générale, comme dans la péricolite, le pus tend à se faire jour au triangle de Jean-Louis Petit, cependant, ce n'est pas là le seul point où le pus se présente : il n'est pas rare que l'abcès vienne s'ouvrir loin de son lieu de formation. Fréquemment, l'inflammation se propage au tissu cellulaire de la fosse iliaque et on voit alors se former une tumeur qui fait saillie au-dessus de l'arcade de Fallope ou dans le triangle de Scarpa, le pus ayant suivi la gaine des vaisseaux fémoraux ; ou bien ayant fusé dans la gaine du psoas iliaque, il vient se montrer au niveau du petit trochanter. Parfois l'inflammation peut envahir le petit bassin et s'ouvrir dans l'uretère, dans la vessie ou le vagin. La rupture dans le péritoine est exceptionnelle, à cause des rapports éloignés de celui-ci avec le foyer périnéphrétique qui occupe la face postérieure du rein. Une terminaison moins rare est le passage du pus dans le côlon et son évacuation dans les selles ; enfin, on a vu un abcès périnéphrétique se faire jour dans les bronches, donner lieu dans ce cas à une vomique,

où envahir la plèvre en déterminant alors une véritable pleurésie purulente.

Un autre élément très important de diagnostic se tire de l'examen des urines. Dans la péricolite, l'urine est absolument normale et comme quantité et comme composition. En effet, dans les deux cas traités à l'hôpital suburbain, l'examen des urines, qui a été fait à diverses reprises, n'a donné aucun résultat. Dans la périnéphrite primitive, la sécrétion urinaire est normale ; l'urine a seulement les caractères de l'urine fébrile. Dans la périnéphrite traumatique, l'urine, parfois immédiatement après l'accident, renferme une certaine quantité de sang. Enfin si la périnéphrite est secondaire, succédant à une pyélonéphrite par exemple, la présence du pus et de l'albumine dans les urines montre clairement que l'on a affaire à une lésion rénale, et non à une affection siégeant le long du côlon.

Disons, en terminant, que l'état diathésique du malade peut, dans certains cas, faciliter le diagnostic. Il est évident, en effet, que si, chez un homme que l'on sait pertinemment graveleux, on vient à constater la présence d'un abcès dans la région lombaire, on songera immédiatement non à une péricolite, mais bien à une périnéphrite consécutive à une néphrite calculieuse.

Bien plus difficile est le diagnostic entre la pérityphlite et la péricolite. Au premier abord, les manifestations sont tellement les mêmes qu'il semble qu'il n'existe entre ces deux maladies qu'une différence de *siège*. Et cela est d'autant plus vrai que plusieurs auteurs confondent les deux affections et appellent pérityphlites de véritables cas de péricolite. Tout dernièrement, dans la séance du 9 mars 1892, de la Société de chirurgie, M. Jalaguier, dans sa remarquable communication sur l'appendicite, nous cite le cas « d'une jeune fille de 13 ans et demi qui fut prise brusquement de douleur vive dans le flanc droit, en portant un seau d'eau. La température était presque normale,

mais il existait une induration aplatie, étendue des fausses-côtes à la crête iliaque. La percussion donnait une submatité légère dans les parties superficielles et de la sonorité dans la profondeur. La fosse iliaque était libre. Traitement médical. Guérison. »

N'est-ce pas là une observation de péricolite aussi nette que celles publiées par Windscheid ? Cependant quand on a étudié de près la marche de ces deux maladies, on peut voir qu'il existe dans la pérityphlite plusieurs manifestations que l'on ne retrouve jamais dans la péricolite.

Et d'abord, entendons-nous sur le mot pérityphlite. Jusqu'à ces dernières années on appelait pérityphlite l'inflammation du tissu cellulaire qui, disait-on, entourait le cœcum. Or, d'après les recherches de Trèves et de Tuffier, qui ont montré que c'est le péritoine et non le tissu cellulaire qui enveloppe le cœcum, on voit que les pérityphlites, qu'elles dépendent du cœcum ou de l'appendice vermiculaire, qu'elles soient suppurées ou non, ne sont essentiellement que des péritonites, au moins primitivement, car ce n'est que secondairement que le tissu cellulaire de la fosse iliaque peut être envahi. C'est justement pour établir une différence entre l'inflammation du péritoine et du tissu cellulaire que certains auteurs, Michaux (1) entre autres, reviennent à la nomenclature proposée par Oppolzer, adoptée par plusieurs auteurs étrangers, c'est-à-dire d'appeler pérityphlite la péritonite péricœcale, et paratyphlite l'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Or, d'après ce que nous venons de dire, il semble que tous les symptômes effrayants de la péritonite devraient se confondre avec ceux de la pérityphlite, et que la mort, bien plus souvent que ce qui arrive en réalité, devrait terminer cette maladie. Et cepen-

(1) Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

dant nous savons qu'il n'en est rien. MM. Forgue et Reclus, dans leur *Thérapeutique chirurgicale*, nous donnent l'explication de ce qui se passe : « Un fait qui domine toute la clinique des perforations appendiculaires conjure souvent ce que cette disposition a de dangereux ; l'irritation, dont le processus vermiculaire est le siège, se propage de la muqueuse à la musculuse et à la séreuse ; cette dernière s'enflamme et contracte des adhérences avec les séreuses voisines, celles qui tapissent les anses intestinales adjacentes à la paroi abdominale. Ces adhérences enveloppent l'appendice et, en définitive, l'isolent du reste de la cavité péritonéale. Aussi lorsque survient la perforation, les matières septiques s'infiltrèrent au milieu de ces membranes, les distendent, s'y creusent une cavité plus ou moins vaste, indépendante de la grande séreuse, et c'est ainsi qu'une collection purulente, née en réalité dans le péritoine, peut évoluer en quelque sorte hors du péritoine. Dans ce cas il se fait une péritonite circonscrite. Mais si la perforation s'est complétée rapidement avant l'organisation d'adhérences protectrices, elle est le point de départ d'une péritonite généralisée avec les symptômes effrayants que l'on rencontre dans certains cas de pérityphlite. » Or, jamais dans nos péricolites nous ne retrouvons les symptômes de péritonites circonscrite ou généralisée.

En faisant l'étude de la péricolite, nous avons vu à quel niveau l'abcès venait s'ouvrir. Dans la pérityphlite nous allons voir que la marche du pus est absolument différente. Que deviennent ces abcès ? Pour certains auteurs, la résorption pourrait se faire lorsque les abcès sont peu volumineux, solidement encapsulés par des adhérences. L'évacuation à l'extérieur, à travers la paroi abdominale, n'est pas très fréquente. Le pus, dans ce cas, se porte en avant, soulève la paroi, l'amincit, l'ulcère et perfore la peau au niveau du pli de l'aîne. Souvent c'est dans le cœcum ou dans son appendice que l'abcès

se vide, soit que le pus passe par l'ulcération, soit qu'une perforation de dehors en dedans s'établisse sous la paroi cœcale. Le pus s'épanche rarement dans le péritoine ; cela peut arriver quand les adhérences qui isolent l'abcès se rompent ou s'ulcèrent. Quand cette terminaison fâcheuse a lieu, une péritonite suraiguë et rapidement mortelle ne tarde pas à emporter le malade. On a vu enfin, dans des cas très exceptionnels, l'ouverture se faire dans le rectum (deux fois), l'artère iliaque (deux fois), la vessie (une fois). Le pus a donc, on le voit par cette statistique, une tendance à rester dans le petit bassin. Cependant M. Reclus cite un cas d'un vaste abcès ayant remonté jusqu'au dessus du rein, et tout dernièrement M. Jala-guier parle d'un abcès péricœcal propagé dans la cavité thoracique. Quoi qu'il en soit, on voit qu'on a cité peu de cas de pérityphlite vraie dont les collections purulentes ont eu une tendance à venir s'ouvrir dans la région lombaire.

Il nous reste à examiner sur quelles bases nous nous appuyons pour dire que les cinq observations placées au début de cette étude sont bien des observations de péricolite.

Pour les trois cas de Windscheid, je n'ai qu'à rapporter les réflexions dont l'auteur allemand a fait suivre ses observations : « Dans tous les manuels, la typhlite ou la pérityphlite sont circonscrites à la fosse iliaque. Mais comme dans nos cas, nous avons affaire à une inflammation qui se présente sous les mêmes apparences qu'une pérityphlite, immédiatement au-dessous de l'arc des côtes, allant de cet arc jusqu'à l'épine iliaque, tandis que la fosse iliaque est tout-à-fait libre, on doit penser à une inflammation autour du côlon ascendant, principalement dans sa région supérieure. »

Quant aux deux cas de péricolite suppurée, nous baserons notre affirmation, d'abord sur le siège de la douleur primitive, puis sur la place des ulcérations. En effet, dans nos deux cas, nous avons observé une douleur qui siégeait d'abord dans la

fosse iliaque droite et que nous avons expliquée par de la pérityphlite. Dire qu'il y a de la pérityphlite dans la fosse iliaque droite, c'est dire que l'appendice ou le cœcum, point de départ de l'inflammation, occupent leur position normale, se trouvent dans la fosse iliaque droite. Or, le gros intestin peut, parfois, ne pas rester dans cette position normale, et bien que cela soit très rare, il peut arriver que le cœcum ou l'appendice vermiculaire se trouvent placés à peu près au niveau de la région lombaire, et déterminent, comme dans la fosse iliaque, de l'inflammation, de la pérityphlite. Donc, si nos deux cas sont de la pérityphlite consécutive à une inflammation du cœcum ou de l'appendice, situés dans la région lombaire, nous nous demandons alors ce que veut dire la douleur de la fosse iliaque droite, et comment on peut bien l'expliquer ? Quant aux ulcérations, nous dirons que c'est en vain que l'on a cherché dans l'intestin par leur orifice, soit avec un stylet, soit avec le doigt, le moindre repli muqueux qui ait pu faire penser que l'on était en présence de la valvule iléo-cœcale.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic varie suivant la marche de la maladie. En effet, si la péricolite est seulement à forme congestive, non suppurée, le pronostic en est bénin, car le malade finit toujours par se remettre après un temps plus ou moins long, tandis que si la péricolite est suppurée, l'inflammation et les ulcérations qu'elle détermine, peuvent laisser après elles des brides cicatricielles qui donnent lieu, parfois, à des rétrécissements du côlon, prédisposent à l'accumulation des matières fécales, et par suite, à de nouveaux accidents de péricolite.

La gravité du pronostic dépend en grande partie, non-seulement du moment où le foyer aura été ouvert, mais aussi de la façon dont se fait l'écoulement du pus. Si l'ulcération se fait de dehors en dedans, le pus peut alors s'évacuer dans le gros intestin. Malgré l'avis de Grisolle, Baglivi et la plupart des auteurs signalent comme très favorable cette marche du pus et cette ouverture dans le côlon.

Dans la péricolite de cause interne, l'abcès, nous le savons, a une tendance à s'ouvrir dans la région lombaire. Cette ouverture, naturelle ou chirurgicale, à travers les parois abdominales est d'un pronostic moins favorable. Ce mode de terminaison expose à tous les dangers d'une fistule stercorale et d'une suppuration fort longue, qui épuise le malade et finit quelquefois par l'emporter.

Disons, enfin, que le pronostic de la péricolite devient très grave si le pus, au lieu de fuser vers l'extérieur, se porte en avant du côlon vers le péritoine ; dans ce cas, nous aurons à redouter tous les dangers de la péritonite.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous avons vu plus haut quels sont les symptômes qui dominant cette affection : la douleur et la tuméfaction ; c'est donc contre ces deux symptômes que nous avons tout spécialement à lutter.

Et d'abord la douleur : la douleur qui parfois, nous l'avons vu, est très vive, intolérable sera combattue par les nombreuses préparations opiacées que nous livre la thérapeutique ; mais parmi ces préparations il en est qui, à notre avis, doivent être choisies de préférence à toutes les autres, telles sont : les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine au 100° et l'extrait thébaïque en potion. Nous préférons les injections hypodermiques de morphine, car l'absorption sous-cutanée présente des avantages sur l'absorption intestinale ; d'abord, elle se produit plus rapidement, et en second lieu, la morphine, en agissant sur la muqueuse de l'estomac, pourrait provoquer ou augmenter les vomissements, et serait naturellement rejetée avec eux. Au début on ne prescrira pas le laudanum, qui augmenterait la constipation et par suite la douleur. Les cataplasmes laudanisés, qui agissent comme topiques, et non comme calmants, seront employés concurremment avec les injections hypodermiques.

Les vomissements seront traités par la *glace*, les boissons glacées, les eaux gazeuses. On donnera de préférence, soit

du champagne frappé, soit un mélange de glace, de lait et d'eau de seltz, mélange que l'on fera prendre, comme le conseille Dujardin-Beaumetz, avec une pipette de paille ou de verre, qui empêche l'action irritante locale déterminée par le morceau de glace sur les lèvres. On pourra donner, en outre, la potion de Rivière : on administrera successivement et sans intervalle, une cuillerée de la potion acide (n° 2) et une cuillerée de la potion alcaline (n° 1). Enfin, on conseillera, si les vomissements sont douloureux, l'emploi de l'eau chloroformée et de la cocaïne. On pourra formuler :

Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 50
Eau	300 gr.

une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures.

Les émissions sanguines, conseillées par tous les auteurs dans le traitement de la pérityphlite, peuvent être employées ; mais il ne nous semble pas que cette méthode puisse être très efficace dans les cas de péricolite. Nous voulons parler des saignées locales, ventouses scarifiées, ou sangsues *loco dolenti*. En effet ces émissions sanguines locales auront pour effet d'agir en même temps sur la douleur, sur la tuméfaction en diminuant la congestion locale, et sur la fièvre en abaissant la pression sanguine. L'application de 10 à 15 sangsues doit suffire, et selon les cas on arrêtera immédiatement après l'écoulement sanguin ou bien on le favorisera par des topiques émollients.

La constipation, qui, nous l'avons vu plus haut, joue un grand rôle dans l'étiologie de la péricolite, peut se traiter favorablement par des soins hygiéniques, des purgatifs et des lavements. En effet, chez les gens généralement constipés, ou bien chez ceux qui sont alternativement atteints de constipation et

de diarrhée, l'hygiène joue un rôle considérable. En premier lieu se place l'alimentation; on sait en effet que plus un individu prend une alimentation azotée et facilement assimilable, plus les garde-robes sont rares, tandis qu'au contraire, plus l'alimentation est végétale, plus les fèces sont abondantes. Aussi auprès des constipés doit-on insister sur l'usage des aliments végétaux, des épinards par exemple, sur l'emploi des pains de son, de seigle, de soja, les prunes, les pruneaux et les miels.

L'eau, considérée comme boisson alimentaire, est un des plus grands éléments de la rareté ou de l'abondance des garde-robes; elle agit en effet par sa température, sa quantité et sa qualité. D'autres boissons peuvent combattre la constipation; c'est ainsi que les vins doux, le cidre, le poiré, la bière, agissent très souvent chez les gens peu habitués à leur usage. L'exercice, nous dit Dujardin-Beaumetz, a aussi une influence incontestable sur la constipation, et on peut dire qu'après l'alimentation, il n'y a pas de cause plus efficiente; c'est ainsi que la constipation se rencontre très fréquemment chez les personnes qui ont une vie sédentaire.

Ce sont surtout les purgatifs qui doivent être employés dans le traitement de la constipation. On pourra commencer, par exemple, par administrer des purgatifs salins et huileux et passer ensuite aux drastiques si les précédents restent sans effets. Pour nous, nous pensons qu'il est préférable, dans nos cas, afin d'agir plus rapidement, d'administrer d'emblée des purgatifs drastiques; aussi conseillons-nous l'emploi de l'eau-de-vie allemande à raison de 20 à 25 grammes par jour; on pourra également donner de la cascara sagrada, sous forme de poudre d'écorce à la dose de 25 centigrammes et très exceptionnellement de l'huile de croton à la dose de 1 à 2 gouttes en pilules ou dans de la mie de pain. Contre la parésie intestinale, nous conseillons la teinture de Baumé de 4 à 6 gouttes, ou même l'électricité.

Les lavements purgatifs avec le sulfate de soude, le sirop de nerprun, l'infusion de séné, donnent quelques bons résultats, et l'eau administrée soit en lavement ordinaire soit en injection forcée, a parfois d'excellents effets. L'eau froide excite, par la réaction qu'elle produit, les contractions des fibres musculaires, brise les matières fécales et permet leur expulsion au dehors. Les injections forcées peuvent se faire soit avec l'appareil de Cantani, soit avec des pompes foulantes qui permettent de lancer dans l'intestin un courant d'eau très énergique, soit de préférence avec un siphon d'eau de Seltz. Dans ce cas l'opération est très simple, on introduit aussi haut que possible une canule munie d'un long tube en caoutchouc que l'on adapte au siphon, on presse sur le piston et l'eau de seltz pénètre violemment dans l'intestin jusqu'au niveau des matières fécales qui se mettent en petits morceaux et sont expulsées plus rapidement. Mais ce dernier procédé a le grave inconvénient de distendre par les gaz les anses intestinales.

Quant à la diarrhée, malgré les nombreux médicaments que l'on peut conseiller, nous pensons qu'il n'en est pas de meilleur que celui qu'a prescrit M. le professeur Dubrueil dans ses cas de péricolite :

Naphtol (b).	ââ	} 2 grammes
Salicylate de bismuth. . .		
Extrait gomm. d'opium. .	0.10 cent.	

en 5 cachets

Prendre un cachet toutes les deux heures.

Nous avons maintenant à combattre l'élément tumeur. C'est après les saignées locales que l'emploi des médicaments résolutifs trouvera son indication. Les onctions d'onguent napolitain belladonné seront répétées tous les jours. — Mais si, comme cela est arrivé dans nos observations, l'onguent reste

sans effet, et si l'on vient à supposer la présence du pus dans le tissu péricolique, on devra en accélérer la progression au dehors en appliquant sur la région malade de larges cataplasmes émollients, de grandes compresses de gaze ou de gros gâteaux de ouate trempés dans une solution chaude d'acide phénique ou de sublimé.

Dès que la fluctuation sera manifeste, alors même qu'elle ne serait perçue que profondément, il faudra agir sans hésitation, sans retard, intervenir chirurgicalement.

Dans le but de donner au pus un écoulement lent et continu, et de favoriser de la sorte le retrait progressif des parois du foyer, Chassaignac a proposé la ponction combinée avec le drainage. Cette méthode a pour nous l'inconvénient de rendre l'exploration du foyer complètement impossible ; de plus, elle ne met pas à l'abri des hémorragies, car le gros trocart, dont Chassaignac conseille l'usage, peut en pénétrant dans les tissus blesser les artères lombaires, auquel cas il faut recourir à l'incision pour les découvrir et les lier.

Guéneau de Mussy a recommandé la ponction aspiratrice. Cette méthode de traitement peut, il est vrai, rendre quelques services, surtout si le foyer est peu considérable ; mais nous estimons qu'elle est loin de valoir l'incision au bistouri.

Faite largement, l'incision donne au pus une issue facile et rapide : elle permet, en outre, de se rendre compte de l'état des parties profondes, de reconnaître les limites du foyer. Pratiquée en temps opportun, elle s'oppose à l'infiltration du pus dans les parties voisines et au décollement plus ou moins étendu qui en résulte. Grâce à elle, on peut nettoyer à fond tout l'abcès en pratiquant le curetage et en injectant très facilement des liquides antiseptiques qui hâteront la cicatrisation.

Nous ne nous étendrons pas sur le procédé opératoire. « La zone des bonnes incisions lombaires, nous disent MM. Forgue et Reclus (*Traité de thérapeutique chirurgicale*) com-

mence en arrière du bord externe de la masse sacro-lombaire, ou plus exactement à quelque distance de ce bord, à 8 centimètres en moyenne de la ligne épineuse ; on évite ainsi d'ouvrir la loge de la masse lombo-sacrée et on longe le bord externe du carré des lombes au lieu de passer à son travers. En avant, cette zone paraît avoir pour limite pratique le prolongement de la ligne axillaire. »

Après anesthésie, on fait d'emblée une incision longue de 6 à 7 centimètres, verticale, intéressant du premier coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On divise ensuite, couche par couche, les parties sous-jacentes, en laissant en dedans la masse sacro-lombaire, on écarte en dedans avec un large écarteur, le bord externe du carré des lombes, pour arriver aux parois du foyer que l'on débride. Après avoir fait écouler le pus, on pratique des lavages prolongés à l'eau chaude boriquée, 4 0/0, ou au sublimé, 1/2000, jusqu'à ce que l'eau ressorte aussi claire qu'à son entrée. On place un drain et on panse à l'iodol ou à l'aristol, si l'on craint l'absorption de l'iodoforme. Pendant les premiers temps, vu l'abondance du pus, le pansement doit être défait au moins deux fois par jour, afin de pratiquer des lavages antiseptiques.

Parfois, pour faciliter l'écoulement du pus, on se voit obligé de faire des contre-ouvertures. C'est au niveau de la crête iliaque, ou dans la partie supérieure de la fosse iliaque, qu'elles sont pratiquées ; par les deux ouvertures, on fait passer un drain que l'on réunit en anse, ce qui facilite considérablement le nettoyage de l'abcès.

Malheureusement, comme nous l'avons vu dans nos deux observations de péricolite suppurée, une complication peut, au bout de quelques jours, venir aggraver le pronostic et rendre plus difficile la cure de la péricolite. Les ulcérations de l'intestin s'agrandissant, donnent passage aux matières fécales ; il s'est formé ainsi une fistule stercorale. Or, malgré les divers

traitements qui sont conseillés pour fermer la fistule, c'est par de petits coups de thermo, ou par des attouchements au nitrate d'argent, que l'on cautérise l'orifice intestinal, et provoquera sa fermeture inodulaire (1). M. le professeur Dubrueil a employé avec grand succès, chez le malade de la salle Delpech, des attouchements répétés au thermo-cautère. Ce malade, qui avait deux orifices intestinaux dont les diamètres étaient semblables à ceux d'une pièce de 1 franc, une ouverture cutanée de 7 centimètres environ, est aujourd'hui à peu près guéri ; les ulcérations intestinales se cicatrisent lentement et la plaie cutanée n'a plus que 3 centimètres.

Quoi qu'il en soit pendant tout le temps que « le pus et les matières fécales sortent par la plaie, tout le territoire périfistulaire doit être tenu dans la plus scrupuleuse propreté ; sinon les matières fécales irritent la peau, d'où érosions, prurit, poussées érythémateuses. Aussi des lotions boriquées tièdes ; le saupoudrage de la surface périanale, avec des poudres antiseptiques ou inertes, poudre de riz, sous-nitrate de bismuth pulvérisé, poudre d'amidon et d'oxyde de zinc, onction sur les pourtours de la fistule avec des vaselines iodoformée ou boriquée ; sa protection par du collodion iodoformé, tels sont les moyens de neutraliser l'action irritante des matières stercorales (2). »

Pendant toute la durée de l'affection, il est nécessaire d'administrer des lavements, afin de maintenir perméable le bout inférieur, de délayer le bol fécal, et partant, d'en permettre l'engagement partiel dans le bout efférent, qui ne perd point ainsi l'habitude de fonctionner, d'éviter enfin à l'orifice fistuleux les contusions et les irritations des matières.

(1) Forgue et Reclus, Traité de thérapeutique.

(2) *Idem.*

Disons enfin pour terminer que le traitement général ne doit pas être oublié, car il est en effet de toute nécessité de soutenir le malade, de le tonifier par une alimentation aussi reconstituante que possible. C'est ainsi que le jus et la poudre de viande, les consommés peptonisés, le lait au rhum, le vin de quinquina et de Vial, la potion de Todd, en un mot tous les reconstituants devront être employés avec large mesure dans les cas de péricolite suppurée.

CONCLUSIONS

1° Le tissu cellulaire en rapport avec le côlon est susceptible de devenir le siège d'une phlegmasie qui peut se terminer par la suppuration.

2° La péricolite doit être distinguée des phlegmasies péri-cœcales et appendiculaires.

3° Le premier traitement à lui opposer doit être un traitement médical; mais dès que la suppuration est arrivée, on doit donner issue au pus par une incision portée au niveau des lombes.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 20 avril 1892.
Le Recteur :
J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 20 avril 1892.
Le Doyen :
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bulletin de la Société anatomique (8 février 1892).
Bulletin de la Société de chirurgie. (Séance du 9 mars 1892.)
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. XIX.
DUJARDIN-BEAUMETZ. — Leçons de clinique thérapeutique.
DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
DIEULAFOY. — Pathologie interne.
FORT. — Anatomie descriptive.
FROMONT. — Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. (Th. de Lille, 1890.)
GLÉNARD. — Sur la dyspepsie. Entéroptose. (Lyon-médical, 1885.)
HENROT. — Des pseudo-étranglements. (Thèse de Paris, 1865.)
LECOEUVRE. — Contribution à l'étude des abcès périnéphrétiques. (Thèse de Lille, 1881.)
NOUET. — De l'occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines. (Thèse de Paris, 1874.)
PARENT. — De la pérityphlite. (Thèse de Montpellier, 1883.)
PAULET. — Résumé d'anatomie appliquée.
PAULIER. — Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite. (Thèse de Paris, 1875.)
PEYROT. — Manuel de pathologie externe, t. III.
RACIBORSKI. — Sur les tumeurs stercorales. (Thèse de Paris, 1834.)
SAPPEY. — Anatomie.
THIBIERGE. — Obstruction intestinale sans obstacles mécaniques. (Thèse de Paris, 1884.)
TILLAUX. — Traité d'anatomie.
TUFFIER. — Etude sur le cœcum et ses hernies. (Archives générales de médecine.)
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
